OFERTA

**UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**W RODZAJU PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA**

**W ZAKRESIE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( podać zakres)

**DANE OFERENTA**:

Imię \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa podmiotu leczniczego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania :

kod pocztowy \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ miejscowość\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ul. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KWOTA (CENA)**

Proponowana kwota należności za realizacje zamówienia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj świadczenia | Forma rozliczenia | Proponowana cena brutto |
| Świadczenie wykonywane dla pacjentów uprawnionych do leczenia na podstawie umowy  z NFZ | stawka miesięczna | **…………… zł.** |
| Świadczenie wykonywane dla pacjentów uprawnionych do leczenia na podstawie umowy  z NFZ | Stawka godzinowa | **……………… zł** |

**KWALIFIKACJE ZAWODOWE**

1. posiadam wymagane kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert;
2. proponowana kwota należności za realizację zamówienia wg cen jednostkowych w załączonej ofercie cenowej;
3. świadczenia udzielał/a będę zgodnie ze zgłoszonym harmonogramem.

**ZAŁĄCZNIKI:**

Do oferty załączam następujące dokumenty lub ich poświadczone kserokopie:

1. Kwalifikacji zawodowych:
   1. dyplom lekarza,
   2. dyplom specjalizacji
   3. prawo wykonywania zawodu
2. Zaświadczenie lekarskie o aktualnych badaniach profilaktycznych
3. Zaświadczenie o odbytym szkoleniu okresowym z BHP;
4. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej – aktualny wydruk CEIDG,
5. Aktualna polisa obowiązkowego OC.

Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne   
z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony   
w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.

**Oferent zobowiązany jest do wskazania adresu poczty elektronicznej lub nr faksu do doręczeń (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).**

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość, data) (czytelny podpis oferenta lub pieczątka)