.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/2/2018** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:
wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów z zakresu chirurgii naczyniowej w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym w tym w Pracowni Radiologii Zabiegowej, Bloku Operacyjnym Szpitala Specjalistycznego SP ZOZ w Sanoku wg zadań:
Zad. 1. Świadczenia zdrowotne w zakresie normalnej ordynacji.
Zad. 2. Świadczenia zdrowotne w zakresie kontraktowych dyżurów medycznych

DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

Nazwa Oferenta	
REGON	
NIP	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica, nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
Wpis do właściwego rejestru (nazwa i numer)	
Nr konta bankowego	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja	
Informacje dodatkowe	

…… ……
data podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:
Zadanie nr 1

- Proponuję dni udzielania świadczeń: minimum - 3 dni robocze zgodnie z warunkami konkursu ofert

  ……

  ……

  ……

- a) proponowana cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie, robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 07:30 do 15:05 - ……..zł.

  (słownie……...)

- b) proponowana stawka procentowa za procedurę endowaskularną z zakresu chirurgii naczyniowej udzielonego świadczenia w Pracowni Radiologii Zabiegowej w wysokości.....%

  (słownie:.....) przy jednocześnie proponowanym miesięcznym ryczałcie za wykonane procedury wynoszącym-……zł.

  (słownie……)

Zadanie nr 2

- proponowana cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie, robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:05 do 07:30 dnia następnego - ……..zł.

  (słownie…….……..)

- proponowana cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 07:30 do 07:30 dnia następnego - ……..zł.

  (słownie…….……..)

Dyżur medyczny	
Proponowana miesięczna liczba dyżurów w dni powszednie	Proponowana miesięczna liczba dyżurów w sobotę, niedziele, święta i dni wolne od pracy

W załączeniu przedkładam (zaznaczyć właściwe dla podmiotu składającego ofertę) :

1. **Załącznik nr 1** - Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS , US.
2. **Załącznik nr 2 -** Oświadczenie nr 2 – w zakresie BHP, PPOŻ, medycyna pracy
3. **Załącznik nr 3 -** Oświadczenie nr 3 – w zakresie stosunku pracy
4. **Załącznik nr 4 -** Oświadczenie nr 4 – w zakresie ochrony danych osobowych
5. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
6. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
7. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń : prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień.

* w przypadku, gdy Udzielający Zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych w pkt. 7 dokumentów(aktualny), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezałączania do oferty zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie 7 nie uległy zmianie, są aktualne i znajdują się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

8. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

…… ……
data podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

<u>Niniejszym, oświadczam, że:</u>

1. **Zapoznałem/am/ się ze Szczegółowym Warunkami Konkursu Ofert i przyjmuję go bez zastrzeżeń.**
2. **Zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.**
3. **Złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.**
4. **Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.**
5. **W momencie podpisania umowy dostarczę dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.**
6. **Akceptuję okres obowiązywania umowy**. tj**. 36 m-cy od daty zawarcia umowy.**

……	…….
data	podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta