

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/15/2016** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku :

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy wg zadań.

Zadanie nr 1 Poradnia Kardiologiczna w zakresie udzielania porad

Zadanie nr 2 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie kontraktowych dyżurów medycznych.

Nazwa Oferenta:

.....
Nr wpisu do CEIDG lub KRS :

.....
NIP.....REGON.....

Adres działalności gospodarczej:

.....
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem działalności gospodarczej):

.....
Telefon kontaktowy:

.....
Nr wpisu do właściwego rejestru działalności leczniczej:

.....
Adres zamieszkania oferenta

.....
składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

Zadanie nr 1 Stawkę za 1 tzw. „punkt rozliczeniowy” udzielanych świadczeń zdrowotnych w **Poradni Kardiologicznej** w wysokości zł

(słownie:.....)

pod warunkiem uznania wykonanych punktów przez NFZ.

Proponuję godziny udzielania świadczeń w w/w poradni:

..... od.....do.....

..... od.....do.....

Zadanie nr 2 Stawkę za 1 godzinę wykonanego świadczenia w **zakresie kontraktowych dyżurów medycznych** w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii SP ZOZ w Sanoku

w dni powszednie, robocze -zł.

(słownie:.....)

w soboty , niedziele i święta -zł.

(słownie:.....)

Proponuję okres obowiązywania umowy (min. 24-m-ce) :m-cy.

W załączeniu przedkładam*:

1. **Załącznik nr 1** - Lista personelu, który będzie udzielał przedmiotowych świadczeń zdrowotnych w ramach złożonej oferty.
2. **Załącznik nr 2** – Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS , US.
3. **Załącznik nr 3** – Oświadczenie nr 3 – dotyczy oferenta korzystającego z zasobów innych podmiotów w celu realizacji zamówienia.
4. **Załącznik nr 4** - Oświadczenie nr 4 – dotyczy oferenta korzystającego z własnych pracowników w celu realizacji zamówienia.
5. **Załącznik nr 5** - Oświadczenie nr 5 – w zakresie BHP,PPOŻ, medycyna pracy, polisa.
6. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
7. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
8. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń : prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, w przypadku rozpoczęcia specjalizacji – kserokopia karty specjalizacyjnej, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, uprawnień.

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

Niniejszym, oświadczam, że:

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 : min. 24 m-ce od daty jej zawarcia.**

.....dnia.....

.....
/pieczętka i podpis oferenta/

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów ogłoszonego konkursu ofert (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r.tj. Dz. U. 2014.1182 z późn. zm.)

.....
(podpis)