

OFERTA

Dane o ofercie

.....
.....
.....

/imię i nazwisko lub nazwa, adres/

W związku z ogłoszeniem o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez lekarza w ramach **umowy kontraktowej** :

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oferta obejmuje wykonywanie wszystkich czynności związanych z przedmiotem postępowania.
3. Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia w rodzaju Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie **świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza specjalistę psychiatrii/psychiatrę/w trakcie specjalizacji z psychiatrii* w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym Psychiatrycznym, w liczbie - godz. /m-c,**
i w związku z powyższym upoważniam Udzielającego Zamówienia do wykazywania wyżej wymienionych informacji w dokumentach i informacjach przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia.
4. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:
Cena brutto za jedną godzinę świadczenia zdrowotnego - zł./godz.
5. Informacje dodatkowe:

.....
.....

6. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 2 do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach. (W przypadku zastrzeżeń do postanowień projektu umowy - załączyć na piśmie propozycje innych zapisów).
7. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji umowy.
9. ZAŁĄCZNIKI:
 - (1) Dyplom ukończenia studiów medycznych.
 - (2) Dokument potwierdzający uzyskane specjalizacje.
 - (3) Inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.
 - (4) Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
 - (5) Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
 - (6) Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG.
 - (7) Poświadczona kserokopia polisy OC lub w przypadku braku w chwili podpisania zobowiązanie do posiadania polisy OC w chwili rozpoczęcia świadczenia usług tj. od dnia 01.03.2018r.
 - (8) Oświadczenie oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz aktualne szkolenia w zakresie BHP.

.....

miejscowość, data

.....

podpis i pieczęć oferenta

.....

* niepotrzebne skreślić

