Załącznik Nr I do MIISZWKO

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów medycznych w Oddziale Neurologicznym i Udarowym przez osoby wykonujące zawód lekarza**

1. Niniejszy formularz traktowany jest jako wzór i winien być wypełniony, podpisany i opieczętowany.
2. Oferent winien podać wszystkie dane wymagane w niniejszym formularzu oferty poprzez wypełnienie rubryk. Oferent powinien ponadto załączyć do niniejszej oferty wszystkie załączniki o których mowa w MIiSZWKO.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta lub osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta, opatrzone datą.
4. Każda strona oferty powinna zostać parafowana przez Oferenta.

**DANE O OFERENCIE:**

1. Pełna nazwa(firma) Oferenta.

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

2. Siedziba i adres Oferenta.

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

…………………………………………………………………………………………………...

3. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i oznaczenie organu dokonującego wpisu Oferenta.

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

…………………………………………………………………………………………………..

PESEL…………………………………........

NIP…………………………………………REGON………………………………………….

4. Liczba osób, które będą wykonywać przedmiot konkursu ofert.

……………………………………………………………………………………………..

............................ dnia ....................2019 r. ............................................................

pieczęć i podpis Oferenta

**5. Kwalifikacje zawodowe OFERENTA:**

**……………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………….**

**6. Proponowana przez OFERENTA cena jednostkowa brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych**

…………………(słownie………………………………………………)

**7. Proponowana przez OFERENTA cena jednostkowa brutto za trombolizę wykonaną w godzinach dyżuru medycznego.**

…………………(słownie………………………………………………)

**8. Proponowana ilość godzin/ dyżurów w miesiącu**

…………………………………………………………………………………………

Data, pieczęć i podpis OFERENTA

**……………………………………………………**

Załącznik nr 1 do oferty

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia oraz Materiałami Informacyjnymi i Szczegółowymi Warunkami konkursu ofert wraz z Załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Posiadam wszystkie informacje konieczne do złożenia pełnej i ostatecznej oferty konkursowej.
3. Uważam się związany/związana ofertą na okres 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
4. Wszystkie złożone przeze mnie dokumenty lub ich kopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Nie wnoszę żadnych zastrzeżeń co do składu Komisji Konkursowej.
6. W ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę/ będę świadczył usługi dla pacjentów
7. Samodzielnie rozliczam się / będę się rozliczał z Urzędem Skarbowym i ZUS.

**Ponadto oświadczam ,że:**

1) spełniam wymogi określone przepisami prawa, określone w Materiałach Informacyjnych i Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz określone przez NFZ,

2) nie jestem zawieszona/y ani ograniczona/y w prawie wykonywania zawodu, nie byłam/ byłem karany/a za przestępstwo ani inne czyny, a także nie byłam/byłem karany za czyny pozostające w związku z wykonywanym zawodem.

**Zobowiązuję się do:**

1. udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert przy wykorzystaniu: pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.

2. Udzielenia świadczeń zdrowotnych zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienie, z harmonogramem udzielania świadczeń ustalonym z Udzielającym zamówienia,

**Do niniejszej oferty załączam:**

1. Kserokopia zaświadczenia wydanego przez Okręgową Izbę Lekarską o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
4. Kserokopia dyplomu ukończenia Akademii Medycznej.
5. Kserokopia dyplomów posiadanych specjalizacji lub zaświadczenie o rozpoczętej specjalizacji
6. Polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
7. Zaświadczenie o aktualnych badaniach profilaktycznych.

data, podpis i pieczęć Oferenta

…………………………….

