

Formularz oferty**I. Instrukcja dla Oferenta :**

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętą Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lekarza													
Rodzaj praktyki lekarskiej				Nr prawa wykonywania zawodu									
Organ prowadzący rejestr (nazwa okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)				Nr księgi rejestrowej									
Adres zamieszkania													
Kraj				Miejscowość									
Kod pocztowy				Poczta									
Ulica				Nr domu				Nr lokalu					
E-mail				telefon				fax					
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):													
Kraj				Miejscowość									
Kod pocztowy				Poczta									
Ulica				Nr domu				Nr lokalu					
Działalność gospodarcza													
Firma								Siedziba					
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)								REGON					

III. Kwalifikacje zawodowe i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu

.....

.....

IV. Oferowana kwota wynagrodzenia:

1. Za realizację zamówienia w Poradni Endokrynologicznej proponuję stawkę w wysokości:

- a) Cena brutto za 1 zrealizowany punkt grupy JGP(zł).....(słownie).
- b)% wartości iloczynu ilości punktowej wykonanych, zweryfikowanych i zatwierdzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia grup JGP wg taryfy bazowej* i ceny punktu (wskazanej w ppkt.1.)

2. Proponowana ilość godzin pracy w miesiącu w Poradni :

***Taryfa bazowa – ilość punktów hospitalizacji określona w załączniku 1a (katalog grup) obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne.**

V. Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oferuję termin płatności 14 dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi lat.
4. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu Przyjmującego Zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na możliwość przedłużenia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w drodze aneksu o kolejne 12 miesięcy po upływie terminu jej obowiązywania.
7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od daty jej podpisania do dnia 31.12.2024 r.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz załącznikami nr 3 i 4 i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
10. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
11. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
12. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
13. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
14. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienia harmonogramem.

VI. Do oferty załączam:

1. odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*,
2. aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego/wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*,

3. umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) *,
4. prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,
5. dyplom lekarza,
6. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji/zaświadczenie o odbywaniu specjalizacji/karta szkolenia specjalizacyjnego):
 - 1)
 - 2)
 - 3)
7. (*inne dokumenty – wskazać jakie*).

*-niewłaściwe skreślić

.....
(pieczętka i podpis Przyjmującego Zamówienie)

.....
(miejscowość i data)