

.....  
(pieczęć oferenta)

## OFERTA

### I. Dane podmiotu uprawnionego ubiegającego się o realizację zadania:

1. Pełna nazwa podmiotu:

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

2. Forma prawna:

.....  
.....

3. Dokładny adres indywidualnej praktyki lekarskiej/ grupowej praktyki lekarskiej/ zakładu opieki zdrowotnej – zgodny z wpisem do odpowiedniego rejestru

.....  
.....

4. Tel.: .....

e-mail: .....

5. Dokładny adres do korespondencji – podać tylko jeśli jest inny niż w pkt. 3

.....

6. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym **lub w innym rejestrze** ( np.: prowadzonym dla indywidualnych/grupowych praktyk lekarskich przez **Świętokrzyską Izbę Lekarską**)

.....

7. Numer REGON: .....

8. Numer NIP: .....

9. Nazwa banku i numer rachunku: .....

10. Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania **Oferenta** w kontaktach zewnętrznych i **posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów):**

11. Opis przedmiotu oferty (zgodny z ogłoszeniem o konkursie) - opisać w jakim zakresie medycznym Oferent będzie udzielał świadczeń zdrowotnych.

12. Sprzęt medyczny- wskazać czy świadczenia zdrowotne Oferent będzie wykonywał przy pomocy sprzętu własnego czy użyczonego przez ŚCO

13. Miejsce realizacji zadania: **wpisać komórkę organizacyjną ŚCO, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne**

14. Czas udzielania świadczeń przez Oferenta: **Poniżej należy wpisać proponowany czas udzielania świadczeń zdrowotnych**  
*(w przypadku gdy Oferent jest zatrudniony na umowę o pracę, deklarowany przez niego czas udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnej nie może obejmować godzin świadczenia pracy określonych w umowie o pracę)*

15. Oferta cenowa: **Poniżej należy wpisać w punktach a) stawkę brutto w polskich złotych**

**Proponowana cena:**

a) .....zł brutto za dzień udzielania świadczeń zdrowotnych

**16. W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:**

a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam .....letnie doświadczenie zawodowe.

b. W zakresie realizacji przedmiotu niniejszego postępowania zobowiązuję się do udzielania świadczeń w następującym okresie czasu: **(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”)**

Okres trwania umowy 24 miesiące.....

Okres trwania umowy mniej niż 24 miesiące, ale nie mniej niż 3 miesiące....

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuję się do udzielania świadczeń w następującym zakresie **(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”)**:

- wg harmonogramu ustalonego przez Udzielającego Zamówienie .....
- wg harmonogramu zaproponowanego przez Oferenta w wskazanych przez niego terminach .....

d. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia, oświadczam , że: **(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”)**:

- W dniu złożenia oferty realizuję na podstawie umowy z Udzielającym Zamówienie proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń, którego dotyczy postępowanie.....
- W dniu złożenia oferty nie realizuję na podstawie umowy z Udzielającym Zamówienie proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń, którego dotyczy postępowanie .....

17. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe).....  
.....  
.....

18. Termin realizacji zadania ( termin powinien wpisać Oferent zgodnie z Ogłoszeniem o konkursie )

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

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta

19. Załączniki do oferty: (**zaznaczyć poniżej** i **złożyć** wymagane załączniki ze względu na formę prawną wykonywanej działalności)

**1. w przypadku indywidualnych praktyk lekarskich:**

- 1) dokument stwierdzający wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską,
- 2) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z CEIDG,
- 3) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim, prawo wykonywania zawodu,
- 4) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty,
- 5) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń,
- 6) aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza ( tzw. Zdolność do pracy)

**2. w przypadku grupowych praktyk lekarskich:**

- 1) dokument stwierdzający wpis do rejestru grupowych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską,
- 2) umowa spółki (jeżeli dotyczy),
- 3) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dot. rejestru przedsiębiorców,
- 4) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim lekarzy grupowej praktyki,
- 5) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty lub zaświadczenie o odbywaniu specjalizacji ( wydruk z SMK),

- 6) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń.

**3. w przypadku podmiotów leczniczych:**

- 1) potwierdzenie wpisu do RPWDL,
- 2) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,
- 3) Statut Zakładu,
- 4) umowa spółki (jeżeli dotyczy),
- 5) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim lekarzy zakładu,
- 6) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty lub zaświadczenie o odbywaniu specjalizacji ( wydruk z SMK),
- 7) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń.

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta

