

.....  
(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 Klinikę 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 punkcie a) stawkę brutto w polskich złotych**

**Proponowana cena:**

a) .....zł brutto za godzinę 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. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe).....  
.....  
.....

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 zobowiązuję się do udzielania świadczeń w następującym zakresie (**wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):

Okres trwania umowy 36 miesięcy -.....

Okres trwania umowy mniej niż 36 miesięcy, ale nie mniej niż 3 miesiące- .....

**17. Termin realizacji zadania: (termin powinien wpisać Oferent zgodnie z ogłoszeniem o konkursie )**

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

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta

18. 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,
- 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,
- 7) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń.

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta