

.....
(pieczęćka oferenta)

Załącznik nr 1
do warunków konkursu
Indywidualna praktyka

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w Poradni
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w postępowaniu nr 0510K.2.2021

Nr REGON oferenta	NIP
Nazwa oferenta
Adres do korespondencji, telefon kontaktowy
Nazwa banku Nr konta
1. Oferowana cena (brutto) jednostkowa jednego punktu: zł (słownie: złotych 00/100 brutto). Zobowiązuję się do realizacji oferowanych świadczeń w wymiarze punktów miesięcznie.	
2. Oferowana cena (brutto) porady w ramach: <ul style="list-style-type: none">• świadczeń zdrowotnych nie objętych umową z NFZ w Poradni Chirurgicznej poprzez udzielanie specjalistycznych konsultacji lekarskich pacjentom Samodzielnego Szpitala Psychiatrycznego w Radecznicy zł (słownie: złotych 00/100 brutto)**	

I. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie personelu wynosi lat.
3. Oświadczam, że staż pracy w Poradni wynosi lat.
4. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu

i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres **od dnia 01 października 2021 r. do 31 grudnia 2023 r.** i wyrażam zgodę na jej ewentualne przedłużenie w drodze aneksu na kolejny okres nieprzekraczający 3 m-cy.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
7. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Warunków konkursu ofert z dnia 20 września 2021 r. i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
8. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
9. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz zgodnie z ustalonym harmonogramem.

II. 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, certyfikaty):
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)

(inne dokumenty – wskazać jakie)

*- niewłaściwe skreślić,

** - jeśli dotyczy.

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis osoby uprawnionej)