

Pieczęć oferenta*

OFERTA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Nazwa podmiotu (jeśli dotyczy)
.....*

Imię i Nazwisko*

Adres siedziby/zamieszkania ul.....

Kod.....miejscowość.....nr.....

PESEL.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

Data urodzenia.....miejsce urodzenia.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu*

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji).....

Nr rejestr. indywidualnych spec. praktyk lekarskich DIL.....*/

nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
.....*

.....*

NIP.....* REGON.....*

Adres do korespondencji:
.....
.....

Telefone-mail.....

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- Poradni Leczenia Nerwic (podać numer zadania, podać dni i godziny przyjęć pacjentów):

.....
.....

- Poradni Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu (podać numer zadania, podać dni i godziny przyjęć pacjentów):

.....
.....

- Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (podać numer zadania, podać dni i godziny przyjęć pacjentów):

.....
.....

- Oddziale Dziennym Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia (podać numer zadania, podać dni i godziny przyjęć pacjentów):

.....
.....

zgodnie z ogłoszonym konkursem obejmującym wszystkie jednostkowe świadczenia określone w Informacji o przedmiocie konkursu.

2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

3. Oświadczam, że posiadam (wymagane kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert).

4. Oświadczam, że niniejsza oferta wiąże mnie do czasu rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.

5. Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych.

6. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia wg cen jednostkowych lub proponowana cena brutto za miesięczną konsultację – ryczałt w załączonej ofercie cenowej.
7. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia na zasadach określonych w SWKO wraz z załącznikami w terminie od 01.01.2021r. do 31.12.2022r.
8. W przypadku wybrania mojej oferty w postępowaniu konkursowym czas świadczonych usług podany w ofercie nie będzie pokrywał się ze świadczeniem przeze mnie usług medycznych w innej placówce.
9. Oświadczam, że zapewnię ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń. 5.
10. W przypadku wybrania mojej oferty w postępowaniu konkursowym wyrażam zgodę na przekazanie wynagrodzenia za realizację świadczeń zdrowotnych na rachunek bankowy nr.....
11. Dodatkowo do oferty należy załączyć następujące dokumenty:
 - a) aktualna kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*/
 - b) kopia wpisu do rejestru specjalistycznych indywidualnych praktyk lekarskich*,
 - c) wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*
 - d) kopia nadania numeru REGON*,
 - e) kopia nadania numeru NIP*,
 - f) kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza*, dyplomu ukończenia studiów i posiadanej specjalizacji, kopie certyfikatów,
 - g) kopia polisy OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy*

Data

Pieczętka* i podpis oferenta

*jeśli dotyczy

Pieczęć oferenta*

Oferta cenowa

Lp.	Oferowane świadczenie zdrowotne	Cena jednostkowa brutto (zł.)
1.	1 godzina pracy lekarza/ psychologa	
2.	Cenę brutto za miesięczną konsultację – ryczałt	

Data

Pieczętka* i podpis oferenta

*jeśli dotyczy