

**Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Rzecznowie  
Rzeczników 1A, 27-353 Rzeczników**

**Formularz ofertowy  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Pełna nazwa Oferenta:

.....  
.....

Adres:

.....  
.....

NIP: ..... REGON: .....

**Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

.....  
.....

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

1. Niniejszym oświadczam, że jako Oferent jestem:

- podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
  - prowadzonego przez.....
  - pod numerem .....
- praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
  - prowadzonego przez .....
  - pod numerem .....
- osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych.

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do\*:

- Krajowego Rejestru Sądowego
  - pod numerem .....
- Ewidencji Działalności Gospodarczej,
  - prowadzonej przez .....

- pod numerem .....
  - nie dotyczy
- 3. Oświadczam, że stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
- 4. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia oraz regulaminem przeprowadzania konkursu ofert i przyjmuję do wiadomości treść zaproponowanej umowy, zakres przedmiotu zamówienia oraz czas trwania umowy.
- 5. Oświadczam, że posiadam wymagane kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert.
- 6. *(jeżeli dotyczy)* Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ..... i zobowiązuję się do utrzymania wysokości ubezpieczenia OC na cały czas trwania umowy.
- 7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez 30 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.
- 8. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia znajduje się w załączonej ofercie cenowej.

Załączniki:

1. Oferta cenowa
2. Kopie uwierzytelnionych dokumentów (zaznaczyć odpowiednie lub podpisać poniższe oświadczenie):
  - dyplom ukończenia studiów,
  - prawo wykonywania zawodu,
  - dyplom specjalizacji / kursów kwalifikacyjnych / kursów specjalistycznych,
  - dokument nadania nr REGON,
  - dokument nadania nr NIP,
  - wypis z rejestru wojewody,
  - odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,
  - zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
  - zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej stwierdzające wpis do właściwego rejestru,
  - polisa ubezpieczenia OC,
  - inne (jakie?) .....

Oświadczam, iż wymagane kopie uwierzytelnionych dokumentów zostały złożone przeze mnie w poprzednim postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SPZPOZ w Rzecznowie a ich stan prawny nie uległ zmianie. Wniosuję jednocześnie o ich wykorzystanie w celu zawarcia umowy.

.....

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez SPZPOZ w Rzecznowie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu aktualnej rekrutacji / przyszłych rekrutacji.\***

*Pieczątka i podpis oferenta*

Data .....

*\* niepotrzebne skreślić*

Pieczęć oferenta

**Oferta cenowa**

Oferowane świadczenie zdrowotne	Cena jednostkowa brutto (zł.) z określeniem formy
<b>Wynagrodzenie za udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza POZ w poradniach lekarza POZ (Ośrodek Zdrowia w Rzecznowie, Ośrodek Zdrowia w Paszowej Woli – filia, Ośrodek Zdrowia w Grabowcu – filia)</b>	/ godz. lub / miesiąc

Oferowane świadczenie zdrowotne	Cena jednostkowa brutto (zł.) z określeniem formy
<b>Wynagrodzenie za udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza POZ w poradni lekarza POZ (Ośrodek Zdrowia w Grabowcu)</b>	/ godz. lub / miesiąc

Oferowane świadczenie zdrowotne	Cena jednostkowa brutto (zł.) z określeniem formy
<b>Wynagrodzenie za udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza POZ w poradni lekarza POZ (Ośrodek Zdrowia w Rzecznowie)</b>	/ godz. lub / miesiąc

Data .....

Pieczętka i podpis oferenta

