

**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.\***

*Pieczętka i podpis oferenta*

Data .....

\* *niepotrzebne skreślić*

Pieczęć oferenta

### Oferta cenowa

**1.**

Oferowane świadczenie zdrowotne	Cena jednostkowa brutto (zł.) z określeniem formy
§4 pkt.2 lit. a) regulaminu przeprowadzania konkursu ofert	/ godz.
<b>Wynagrodzenie za udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza POZ w poradniach lekarza POZ (Ośrodek Zdrowia w Rzecznowie, Ośrodek Zdrowia w Pasztovej Woli – filia, Ośrodek Zdrowia w Grabowcu – filia)</b>	lub
	/ miesiąc

**2.**

Oferowane świadczenie zdrowotne	Cena jednostkowa brutto (zł.) z określeniem formy
§4 pkt.2 lit. b) regulaminu przeprowadzania konkursu ofert	/ godz.
<b>Wynagrodzenie za udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza POZ w poradni lekarza POZ (Ośrodek Zdrowia w Grabowcu)</b>	lub
	/ miesiąc

**3.**

Oferowane świadczenie zdrowotne	Cena jednostkowa brutto (zł.) z określeniem formy
§4 pkt.2 lit. c) regulaminu przeprowadzania konkursu ofert	/ godz.
<b>Wynagrodzenie za udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza POZ w poradni lekarza POZ (Ośrodek Zdrowia w Rzecznowie, Ośrodek Zdrowia w Grabowcu)</b>	lub
	/ miesiąc

Data .....

Pieczęć i podpis oferenta