

## FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### I. Oświadczenie oferenta:

Oświadczam, że zobowiązuję się do posiadania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na kwotę nie niższą niż na wysokość minimalną określoną w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą na cały okres obowiązywania zamówienia.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert oraz przepisami art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.).

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty.

### II. Dane oferenta:

Nazwa Oferenta: .....

NIP.....

nr prawa wykonywania zawodu .....

Adres zamieszkania : ulica ..... nr .....

Kod pocztowy : ..... Miejscowość: .....

Adres siedziby działalności : ulica ..... nr .....

Kod pocztowy .....

miejscowość.....

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą .....

Nr wpisu do rejestru: .....

Nr NIP .....REGON.....

telefon kontaktowy .....

### III. Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### IV. Informacje dotyczące doświadczenia zawodowego osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych:

.....  
.....  
.....  
.....

**V. Dane do korespondencji** ( w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta jw.):

Kod pocztowy : ..... miejscowość: .....

Ulica : ..... nr .....

Telefon kontaktowy: ..... adres e-mail: .....

**Proponowana kwota należności za realizację świadczenia oraz ich zakres:**

**Świadczenia usług w zakresie** .....

cena ..... zł za godzinę/jednostkę rozliczeniową/procedurę.....\*

Proponowana liczba godzin.....

Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość składania ofert na poszczególne usługi.

Inne propozycje.....

.....

.....

**Termin świadczenia usług** (jeżeli Oferent proponuje inny okres zawarcia umowy niż proponowany przez

Udzielającego zamówienia w ogłoszeniu o konkursie i szczegółowych warunkach konkursu ofert):

oferuję zawarcie umowy o udzielenie świadczenia zdrowotnego we wskazanym powyżej zakresie

od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_.

**Proponowany sposób zabezpieczenia ciągłości świadczeń w trakcie nieobecności oferenta:**

.....

.....

Jastrzębie-Zdrój dnia .....

.....  
Czytelny podpis Oferenta

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY**

1. kserokopia polisy ubezpieczeniowej
2. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
3. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe
4. dyplom ukończenia szkoły medycznej
5. prawo wykonywania zawodu
6. dyplomy specjalizacji, stopnie i tytuły naukowe
7. oświadczenie oferenta – załącznik nr 2 do szczegółowych warunków konkursu ofert

\*niepotrzebne skreślić