Szaflary, dnia ………………………..

pieczątka firmy

OFERTA

* 1. Dane dotyczące Oferenta:

### Imię i nazwisko, numer wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, do rejestru praktyk lekarskich i oznaczenie organu dokonującego (dotyczy osób, o których mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2023 poz.991 t.j.)

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

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

* + - 1. Adres zamieszkania oraz adres prowadzenia działalności gospodarczej:

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

* + - 1. Telefon: .......................................................... Fax: ............................................................
      2. NIP: ......................................................... REGON: …..........................................................
      3. Osoby upoważnione do reprezentacji: .....................................................................................

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

* 1. Przedmiotem oferty jest:

Udzielanie w okresie od 01.01.2024 roku do 31.12.2025 roku świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu usług medycznych pacjentom Samodzielnego Publicznego Gminnego Ośrodka Zdrowia w Szaflarach.

* 1. **Cena oferty:**

Za realizację przedmiotu umowy w ramach konkursu ofert proponuję wynagrodzenie w wysokości:

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

**Kwota proponowana za realizację świadczenia jest kwotą całkowitą za godzinę uwzględniającą wszelkie składniki wynagrodzenia, w tym ewentualne podatki i składki na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i inne obciążenia publiczno-prawne.**

* 1. **Oświadczenie:**

Składający ofertę oświadcza, że:

1. Zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia, szczegółowe warunki konkursu ofert i projekt umowy.
2. Uważa się za związanego ofertą przez okres 14 dni licząc od dnia otwarcia ofert.

Ponadto składający ofertę oświadcza, że:

* 1. Jest podmiotem wymienionym w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2020.295 t.j.)
  2. Jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi,  
     w szczególności jest zarejestrowany we właściwym rejestrze działalności gospodarczej oraz praktyk lekarskich, posiada nadany numer REGON i NIP.
  3. Posiada uprawnienia niezbędne do wykonania świadczenia zdrowotnego, w szczególności do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem konkursu.
  4. Zobowiązuje się w terminie nie później niż 30 dni od podpisania umowy przedstawić polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności, w wysokości nie niższej niż wynikająca z obowiązujacych przepisów w zakresie ubezpieczenia przy realizacji świadczeń zdrowotnych oraz kontynuować to ubezpieczenie w całym okresie obowiązywania umowy zawartej z Udzielającym Zamówienie na realizację świadczeń zdrowotnych.
  5. Odbył szkolenia BHP niezbędne do realizacji przedmiotu umowy.
  6. Posiada decyzję lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do realizacji zamówienia w

zakresie będącym przedmiotem konkursu.

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

(podpis składającego ofertę)

V. Załączniki:

1. kopia wpisu do rejestru praktyk lekarskich, podmiotów leczniczych lub praktyk zawodowych – zał. nr 1
2. kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej – zał. nr 2
3. kopia nadania numeru REGON – zał. nr 3
4. kopia nadania numeru NIP – zał. nr 4
5. kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i specjalizacji, oraz dyplom lekarza, załącznik 5a,5b,5c
6. kopia polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie o przedstawieniu polisy na okres obowiązywania umowy w terminie najpóźniej 2 tygodni od daty zawarcia umowy – zał. nr 6
7. klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia w Szaflarach- zał. Nr 7
8. ……………………………………………………………………