

.....
(Pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa praktyki

(w przypadku innych podmiotów proszę o podanie nazwy placówki, adresu siedziby, danych dotyczących placówki, personelu medycznego, liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń): *

I. **Imię i nazwisko:**

.....

Adres:

ul.

kod miejscowość

Telefon: , adres e-mail.....

NIP..... REGON PESEL:

Nr prawa wykonywania zawodu: (dołączyć kserokopię)

Nr wpisu do właściwego rejestru: (dołączyć kserokopię)

Nazwa organu, który dokonał wpisu:

Posiadam tytuł specjalisty (dołączyć kserokopię):

.....

II. Oferuję udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych (porad specjalistycznych) w Poradni Leczenia Bólu na warunkach:

1. **Udział oferenta wynosizł za punkt rozliczeniowy zakontraktowany z Narodowym Funduszem Zdrowia (Poradnia Leczenia Bólu),**
2. **Udział oferenta wynosizł za punkt rozliczeniowy zakontraktowany z Narodowym Funduszem Zdrowia (termolezja).**
3. **Udział oferenta wynosizł za punkt rozliczeniowy zakontraktowany z Narodowym Funduszem Zdrowia (kriolezja).**

Zobowiązuje się w następujących godzinach i dniach tygodnia :

Dzieńgodzina: od.....do.....

Dzieńgodzina:od.....do.....

Dzień.....godzina:od.....do.....

Dzień.....godzina:od.....do.....

Dzień.....godzina: od.....do.....

* Wskazane przez Oferenta w formularzu ofertowym dni i godziny udzielania świadczeń medycznych stanowią propozycję. Zamawiający przed zawarciem umowy ustali dni i godziny udzielania świadczeń z wybranymi Oferentami.

Wykaz personelu (jeżeli świadczenia będą świadczone przez większą ilość osób)

L.P.	Imię i nazwisko	Nr wykonywania zawodu	Specjalizacja (nazwa i stopień)
1.			
2.			
3.			
4.			

III. Oświadczam, iż:

1. Posiadam letnie doświadczenie zawodowe w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia bólu, które są przedmiotem niniejszego postępowania.
2. Posiadam tytuł naukowy – doktora nauk medycznych lub wyższy: **tak / nie** (niepotrzebne skreślić)
3. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem: **tak / nie** (niepotrzebne skreślić)
4. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania: **tak / nie** (niepotrzebne skreślić)
5. Posiadam umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mi na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Leczenia Bólu oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych, zgodnie z profilem udzielanych świadczeń w Szpitalu: **tak / nie** (niepotrzebne skreślić).

.....
data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta

Oświadczenie Oferenta

Niniejszym, oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam, iż jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi.
- 3) Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą, doświadczeniem oraz jestem zdolny do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych - zgodnie z warunkami konkursu oraz obowiązującymi przepisami.
- 4) Świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy) oświadczam, że nie byłem/am karany/a za przestępstwa popełnione umyślnie czy nieumyślnie i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
- 5) Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 6) Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
- 7) Oświadczam, iż pozostaję w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia
- 8) Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
- 9) Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.

.....
data

.....
podpis (imię i nazwisko) Oferenta