

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki  
Zdrowotnej w Leżajsku  
ul. Leśna 22, 37-300 Leżajsk

**OFERTA**

W związku z konkursem ofert ogłoszonym w dniu 09.02.2018 r. przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku składam ofertę na pełnienie dyżurów medycznych „pod telefonem” w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej i Anestezjologii

**1. Dane o ofercie**

Pełna nazwa oferenta: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Prawo wykonywania zawodu nr \_\_\_\_\_ Wydane przez \_\_\_\_\_

Wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod nr \_\_\_\_\_  
prowadzonego przez \_\_\_\_\_

Adres oferenta: \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_ Nr konta \_\_\_\_\_

**2. Przedmiot oferty**

Świadczenia będą udzielane zgodnie z zasadami określonymi w Szczegółowych warunkach konkursu i projekcie umowy i będą udzielane wg harmonogramu ustalanego na każdy miesiąc przez strony. Zobowiązuję się do pełnienia następujących ilości dyżurów: do \_\_\_\_\_ dyżurów w miesiącu.

W imieniu Przyjmującego zamówienie świadczenia będą udzielane przez następujących lekarzy (należy podać imię i nazwisko oraz kwalifikacje):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Proponowany czas trwania umowy:** od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

**4. Cena oferty i warunki płatności**

Za udzielanie świadczeń proponuję następujące ceny:

– lekarz posiadający specjalizację \_\_\_\_\_ zł brutto za godzinę udzielania świadczeń

– lekarz po 2 latach specjalizacji \_\_\_\_\_ zł brutto za godzinę udzielania świadczeń

5. W przypadku nierozstrzygnięcia konkursu z powodu proponowanych wysokości stawek zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.

6. W przypadku wygrania konkursu przed podpisaniem umowy zobowiązuje się dostarczyć polisę ubezpieczenia OC zawartego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

7. Ceny określone w ofercie pozostaną bez zmian przez cały okres obowiązywania umowy.

**8. Oświadczenia**

1) Oświadczam, że nie byłem karany i nie toczą się przeciwko mnie postępowania karne.

2) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert na świadczenia zdrowotne oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Warunki konkursu akceptuję jako integralną część umowy.

3) Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania określone przez Udzielającego Zamówienia w Szczegółowych warunkach konkursu oraz zawarte w materiałach informacyjnych NFZ dotyczących odpowiedniego zakresu świadczeń i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

4) Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

**9. Załączniki do oferty:** (wymienić niżej załączane do oferty zgodnie ze Szczegółowymi warunkami konkursu załączniki):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis oferenta