

## OFERTA

W związku z konkursem ofert ogłoszonym w dniu 11.12.2017 r. przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku składam ofertę na **udzielanie świadczeń lekarskich w Oddziale Psychiatrycznym**

### 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 w Oddziale Psychiatrycznym będą udzielane zgodnie z zasadami określonymi w Szczegółowych warunkach konkursu i projekcie umowy i będą polegać na objęciu opieką i leczeniem pacjentów hospitalizowanych w Oddziale oraz konsultowanie pacjentów hospitalizowanych w innych oddziałach szpitalnych u Udzielającego zamówienia. Proponuję następujący harmonogram udzielania świadczeń: (należy podać dni i godziny)

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

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 udzielone świadczenia będące przedmiotem postępowania proponuję następujące ceny:

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

– lekarz po 5 latach od rozpoczęcia specjalizacji \_\_\_\_\_ zł brutto za godzinę udzielania świadczeń

5. W przypadku nie rozstrzygnięcia 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**

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

b) 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.

c) 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.

d) 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