

OFERTA

W związku z konkursem ofert ogłoszonym przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku składam ofertę w zakresie **udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej z zakresu POZ**

I. DANE O OFERENCIE

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do CEIDG lub KRS)
.....
.....
2. Adres siedziby oferenta:
3. Nr księgi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
 prowadzonym przez
4. Telefon kontaktowy

II. OŚWIADCZENIA OFERENTA

Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem się z ogłoszeniem, *Szczegółowymi warunkami konkursu ofert* oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Warunki konkursu akceptuję jako integralną część umowy.
- 2) Nie byłem karany w postępowaniu karnym, mającym związek z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Oświadczenie obejmuje również wszystkie osoby wskazane w ofercie do udzielania świadczeń w moim imieniu.
- 3) Spełniam wszystkie wymagania określone przez Udzielającego Zamówienia w *Szczegółowych warunkach konkursu ofert* oraz zawarte w materiałach informacyjnych NFZ dotyczących odpowiedniego zakresu świadczeń i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- 4) W przypadku nierozstrzygnięcia konkursu z powodu proponowanych wysokości stawek zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.
- 5) Ceny określone w ofercie pozostaną bez zmian przez cały okres obowiązywania umowy.
- 6) W przypadku wygrania konkursu przed podpisaniem umowy zobowiązuje się dostarczyć polisę ubezpieczenia OC zawartego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
- 7)*Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 i 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe pozyskałem w celu złożenia oferty. Wszelkie dane osobowe wskazane w ofercie i załącznikach pozyskałem zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

*** nie dotyczy oferentów prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą**

III. PRZEDMIOT OFERTY – HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

1) gotowość do pełnienia w miesiącu minimum dyżurów w POZ

W imieniu Przyjmującego zamówienie świadczenia będą udzielane przez następujących lekarzy (należy podać imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu):

.....
.....

IV. CENA OFERTY I WARUNKI PŁATNOŚCI

Za udzielanie świadczeń proponuję następujące ceny brutto:

POZ	– dyżur w dniu roboczym zł za 1 godzinę
	– dyżur w dniu wolnym (obsada pojedyncza) zł za 1 godzinę
	– dyżur w dniu wolnym (obsada podwójna) zł za 1 godzinę

Informacje dodatkowe

.....
.....

V. ZAŁĄCZNIKI

Do oferty załączam następujące dokumenty (proszę wymienić zgodnie ze *Szczegółowymi warunkami konkursu ofert*):

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis oferenta