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

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

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 za 1 godzinę:**

.....

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

.....
Pieczątka i podpis oferenta