

## OFERTA

## na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych (zgodnie z ogłoszeniem)

w .....(nazwa Poradni/Gabinetu)

**1. Dane oferenta**

- 1.1. Imię/imiiona i nazwisko .....
- 1.2. Adres zamieszkania .....
- 1.3. Telefon..... 1.4. e-mail .....
- 1.5. Nazwa, pod którą zarejestrowana jest działalność .....
- 1.6. Adres prowadzenia działalności .....
- 1.7. REGON ..... 1.8. NIP .....

**2. Kwalifikacje oferenta**

- 2.1. Nr dyplomu .....
- 2.2. Nr PWZ .....
- 2.3. Dyplom specjalizacji w dziedzinie .....
- 2.4. Staż pracy w zawodzie (liczba lat) .....
- 2.5. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (poświadczony certyfikatem): .....
- .....
- .....

**3. Proponowana stawka lub kwota wynagrodzenia:**

- za 1 godzinę świadczenia usług zdrowotnych .....
  - za pozyskanie jednego punktu.....
  - za 1 badanie.....
  - miesięcznie .....
  - inna proponowana przez oferenta stawka lub sposób rozliczeń .....
- .....

**4. Oświadczenia oferenta:**

4.1. Posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

4.2. W ramach prowadzonej działalności gospodarczej samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS.

4.3. Zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert.

4.4. Znam przepisy:

- ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 295 z późn. zm.),

- ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.) - w zakresie określonym przez art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej,

- ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 357 z późn. zm.)

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz.2335),

4.5. Zapoznałem się z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

4.6.\* *W przypadku, gdy oferta zostaje złożona przez Oferenta wcześniej wykonującego usługi na rzecz Udzielającego Zamówienia, oferent składa poniższe oświadczenie:*

**„Niniejszym oświadczam, iż wszystkie dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne uprzednio złożone a znajdujące się w posiadaniu Udzielającego Zamówienie są nadal aktualne.”**

\_\_\_\_\_ podpis Oferenta składającego powyższe oświadczenie

4.7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z postępowaniem konkursowym. Zostałem poinformowany o prawie dostępu do zbioru danych osobowych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

**Data i czytelny podpis oferenta:**