

FORMULARZ OFERTY**I. OGÓLNE DANE ŚWIADCZENIODAWCY:**

1. Pieczęć z nazwą i siedzibą/adresem Świadczeniodawcy
2. Numer wpisu do odpowiedniego rejestru lub ewidencji, z podaniem organu dokonującego wpisu

II. ZAKRES ZAMÓWIENIA OBJĘTY OFERTĄ:**Lekarze, którzy będą wykonywali świadczenia zdrowotne w ramach umowy:**

Lp.	Nazwisko i imię	Specjalizacja	Stopień specjalizacji (gdy nadano)

III. WARTOŚĆ OFERTY (niepotrzebny punkt wykreślić):

- 1) Proponowana cena brutto zł za godzinę nadzoru lekarskiego oraz przeciętna szacunkowa ilość godzin, możliwa do wykonania w miesiącu
Całkowite szacunkowe wynagrodzenie świadczeniodawcy (cena brutto zł za godzinę nadzoru lekarskiego x ilość godzin możliwa do wykonania w miesiącu):
- 2) Proponowane miesięczne wynagrodzenie brutto zł za stałą psychiatryczną opiekę lekarską nad pacjentami Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego oraz Ośrodka Terapii Uzależnień wynosi (proponowany wymiar etatu:, tj..... godzin tygodniowo).

IV. OŚWIADCZAM, ŻE:

- 1) zapoznałem się z informacjami zawartymi w ogłoszeniu o konkursie oraz Regulaminie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla pacjentów *Udzielającego zamówienia* oraz akceptuję zawarte w nim warunki;
- 2) załączony do Regulaminu konkursu ofert projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się - w przypadku wyboru mojej oferty - do zawarcia umowy na podanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez *Udzielającego zamówienia*;
- 3) posiadam co najmniej roczne doświadczenie w realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania.

V. ZAŁĄCZNIKAMI DO NINIEJSZEGO FORMULARZA OFERTY SĄ:

- 1) potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia aktualnej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej stosownie do przepisów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- 2) potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia prawa wykonywania zawodu lekarza wskazanego w pkt. II j.w.;
- 3) potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia dyplomu uzyskania specjalizacji lub stopnia specjalizacji lub karta szkolenia specjalizacyjnego;
- 4) wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- 5) odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji.

.....
(pieczęćka i podpis upoważnionych przedstawicieli Świadczeniodawcy)

2
R. G. R. J. O. D. u. y