

**Samodzielny Publiczny Zakład
Podstawowej Opieki Zdrowotnej
w Rzecznowie
Rzecznów 1A
27-353 Rzecznów**

Formularz ofertowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Pełna nazwa Oferenta:

.....
.....

Adres:

.....
.....
.....
.....

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....

**zgodnie z ogłoszonym konkursem obejmującym wszystkie jednostkowe świadczenia
określone w Informacji o przedmiocie zamówienia.**

1. Niniejszym oświadczam, że jako Oferent jestem:

- podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez..... pod numerem
- praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez pod numerem
- osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych.

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:

- Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem
- nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:
- Ewidencji Działalności Gospodarczej,
prowadzonej przez
pod numerem
 - Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
 - nie dotyczy
4. Oświadczam, że stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
5. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia oraz regulaminem przeprowadzania konkursu ofert.
6. Oświadczam, że posiadam wymagane kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert.
7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez 30 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.
8. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia w formie ryczałtu znajduje się w załączonej ofercie cenowej.
9. Proponowany czas trwania umowy

Załączniki:

1. Oferta cenowa

2. Kopie uwierzytelnionych dokumentów:*

- dyplom ukończenia studiów,
- prawo wykonywania zawodu,
- dyplom specjalizacji / kursów kwalifikacyjnych / kursów specjalistycznych,
- dokument nadania nr REGON,
- dokument nadania nr NIP,
- wypis z rejestru wojewody,
- odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,
- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej stwierdzające wpis do właściwego rejestru,
- polisa ubezpieczenia OC,
- inne (jakie?)

Data

Pieczątka i podpis oferenta

* zaznaczyć właściwe

Pieczęć oferenta

Oferta cenowa

Oferowane świadczenie zdrowotne	Cena jednostkowa brutto (zł.)
Ryczałt za 1 miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych:	

Data

Pieczętka i podpis oferenta