Załącznik nr 1 do Szczegółowych

warunków konkursu ofert nr DUM – 3/2018

Pieczęć firmowa

Oferenta

 ....................................dnia ...........................

 Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów

 Opieki Zdrowotnej 09-200 Sierpc

 ul. Słowackiego 32

**OFERTA NA KONKURS OFERT NR DUM - 3/2018**

**na udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie:**

a. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym (kod zakresu świadczeń kontraktowanych 01.0000.162.16)

 oraz

b. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym – UE (kod zakresu świadczeń kontraktowanych 01.0000.162.14), zwanych dalej świadczeniami

**I. Dane Oferenta**

**1. Pełna nazwa**

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

**2. Adres korespondencji:**

ul. ..................................................................... nr ...........................

kod pocztowy ............................ miejscowość ................................

**3. Tel.** .......................................... **fax** ............................**e-mail**…………………………………………….

**4. Regon** .....................................

**5. NIP** .........................................

**6. Nr wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczej i nazwa organu ewidencyjnego**

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

**7. Nr KRS** ...................................................................................................................................

**8. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

 **Nr.**.....................................................................................................................................

**II. Oświadczenia Oferenta:**

1. Oświadczam, że zapoznałam/em/ się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em/ się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em/ się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenie zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związana/y/ ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
7. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie wynikającym z postępowania konkursowego.

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

 (podpis i pieczęć osoby uprawnionej

 do podpisania i złożenia oferty)

**III.** **Oferowana stawka:**

......................................... zł brutto miesięcznie, słownie: ……………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

 (podpis i pieczęć osoby uprawnionej

 do podpisania i złożenia oferty)

**IV. Adres miejsca realizacji świadczeń 1**

**Sierpc ul. ....................**

1 miejsce realizacji świadczeń w warunkach ambulatoryjnych musi być zlokalizowane w Sierpcu

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

 (podpis i pieczęć osoby uprawnionej

 do podpisania i złożenia oferty)

**Załączniki:**

1. **Dane osób udzielających świadczeń zdrowotnych**
2. **Zaakceptowany wzór umowy**

Załącznik nr 1 do oferty na konkurs ofert nr DUM-3/2018 i załącznik nr 1 do umowy

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

pieczęć firmowa z pełną nazwa Oferenta

**WYKAZ osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko  | PESEL | Nr prawawykonywaniazawodu | Posiadana specjalizacja |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

 (podpis i pieczęć osoby uprawnionej

 do podpisania i złożenia oferty)