

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy ogłoszenia przez RCKiK w Opolu Konkursu ofert na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kwalifikowania osób na kandydatów na dawców i dawców krwi lub jej składników – **Nr sprawy ZPU 24/KO 1/2019.**

DANE OFERENTA (tylko osoby fizyczne ***prowadzące działalność gospodarczą***)

Nazwa praktyki lekarskiej

.....

.....

Nr REGON NIP.....

Nr telefonu kontaktowego:..... adres e-mail:

Adres siedziby praktyki lekarskiej:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Gmina/dzielnica:

Ulica/nr domu/nr lokalu:

Nr konta bankowego:

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza/ data wydania.....

Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

Oświadczenie oferenta:

Niniejszym oświadczam, że **prowadzę prywatną praktykę lekarską** w formie:

- indywidualnej praktyki lekarskiej,/*
- indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego,/*
- indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej,/*
- indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego,/*

zarejestrowaną zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2018 poz. 2190 z późn. zm.).

/ niepotrzebne skreślić*

.....
miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

OFERTA SZCZEGÓŁOWA

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU.
2. Propozycje wynagrodzenia za godzinę udzielania świadczenia na rzecz Udzielającego zamówienia zawiera załącznik nr 1A do niniejszej oferty.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Oświadczenie oferenta

Oświadczam, że posiadam aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Oświadczenie oferenta

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia Konkursu ofert na przyjęcie obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej,
2. zapoznałem się z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych, szczegółowymi warunkami konkursu (SWK) i treścią projektu umowy o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję postanowienia w nich zawarte,
3. uważam się za związanego niniejszą ofertą przez czas wskazany w ogłoszeniu, tj. przez okres 14 dni od upływu terminu składania ofert,
4. oświadczam, że stan zdrowia osób udzielających świadczeń zdrowotnych pozwala im na pracę w charakterze lekarza, na zadeklarowanym stanowisku.
5. stan prawny określony w dokumentach załączonych do niniejszej oferty nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.

.....
miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Załącznikami do niniejszej oferty są dokumenty wymagane w SWK:

1.
2.
3.