

.....
pieczętka nagłówkowa oferenta

.....
miejscowość i data

**Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Przedborzu
Ul. Częstochowska 25
97-570 Przedbórz**

**OFERTA
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Imię i nazwisko/Nazwa:

.....

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej/Nr KRS.....

NIP REGON

Nr telefonu

Adres działalności gospodarczej

.....

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy nie pokrywa się z adresem działalności gospodarczej)

.....

.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....

.....

Zakres posiadanych kwalifikacji potwierdzam następującymi dokumentami:

W przypadku składania oferty przez podmiot wykonujący działalność leczniczą winien on wykazać dokumenty dla każdego z lekarzy, którzy będą świadczyć usługi.

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Za udzielanie wyżej opisanych świadczeń proponuję: zł brutto
za 1 godzinę udzielanych świadczeń zdrowotnych

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń.
2. Świadczenia zdrowotne objęte konkursem będę udzielać w siedzibie wskazanej przez udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości
4. W przypadku wyboru mojej/naszej oferty, umowa zostanie zawarta na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienie oraz miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.
5. Okres związania ofertą wynosi 30 dni od terminu składania ofert.
6. Oświadczam, że Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przedborzu nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania z przyczyn leżących po stronie oferenta.
7. Deklaruję minimalną liczbę godzin wykonywanych w miesiącu w ramach realizowanych świadczeń zdrowotnych:
8. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne w w/w zakresie udzielałem przez okres..... lat i zobowiązuję się do okazania na żądanie udzielającego zamówienie dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki.
9. Realizowanie świadczeń w ramach danego zakresu świadczeń w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Przedborzu – tak/nie

W przypadku podawania danych osobowych osób trzecich, oświadczam, że podane do niniejszego postępowania dane osobowe są przeze mnie (podmiot, który reprezentuję) przetwarzane zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) oraz wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 w/w rozporządzenia wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w niniejszym postępowaniu.

.....
podpis oferenta