Załącznik nr 4

.............................................. .............................., dnia .................

(nazwa)

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

(adres)

**Oferta na przejęcie obowiązków z zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

Nazwa ..................................................................................................................................................

Nr księgi rejestrowej ……………………………………........................................................................................

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej (organ dokonujący wpisu )

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

NIP...........................................................................REGON..................................................................

Adres ………………………...........................................................................................................................

Telefon ……………………………………………………………………………………………………………………..………….............

Bank …………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….

Nr rachunku bankowego …………………………………………………………………………………………………..………………..

Niniejszym składam ofertę na przejęcie obowiązków w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w …………………………………………………………………………………

Oświadczam, że zapoznałem /am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.

Oświadczam, że zapoznałem się z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 13 lipca 1998 roku w sprawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne oraz Szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.

Oświadczam, że zapoznałem /am się z wzorem umowy.

Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

**stawka za godz. pełnionego dyżuru przez lekarza specjalistę ……………….…. brutto**

**stawka za godz. pełnionego dyżuru przez lekarza bez specjalizacji ……………….…. brutto**

**Proponuję zawarcie umowy na świadczenia zdrowotne w zakresie ………………………………………………………………………………………………….................................**

**na okres od …………………………………………... do ………………...................................................**

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (Dz. U. Nr 283, poz. 2825).

3.Oświadczam, że posiadam uprawnienia, a osoby, które świadczyć będą usługi w imieniu ……………………………………………… posiadają kwalifikacje niezbędne do świadczenia usług medycznych objętych przedmiotem zamówienia.

4. Oświadczam, że osoby, które świadczyć będą usługi w imieniu …………………………………... posiadają aktualne orzeczenia o stanie zdrowia od lekarza profilaktyka.

5.Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych: dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie …………………………………..…..oraz prawo wykonywania zawodu.

6.Oświadczam, że w ramach prowadzonego NZOZ świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

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

( pieczątka i podpis)