Załącznik nr 2

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

 (Nazwa)

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

 (adres)

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

(nr wpisu do właściwego

rejestru i oznaczenie organu

dokonującego wpisu)

**Oferta na przejęcie obowiązków z zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

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

Nr rejestr. indywidualnych praktyk ……………………………………..………….......................................................

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

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

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

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

Bank …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Niniejszym składam ofertę na przejęcie obowiązków w zakresie udzielania świadczeń medycznych 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 brutto ……………………………**

 **Proponuję zawarcie umowy na wykonywanie usług medycznych w zakresie………………………………………………………………………………… na okres od …………………….. do ………………..........**

1.Zobowiązuję się do wykonywania usług medycznychw 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 – załączam do oferty.

6. Oświadczam, że osoby, które świadczyć będą usługi w imieniu ………………………………….......... nie mają 5-letniej przerwy w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.

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

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

 ( pieczątka i podpis)