Załącznik nr 3

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

(imię i nazwisko)

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

(adres)

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

(nr wpisu do właściwego

rejestru i oznaczenie organu

dokonującego wpisu)

**Oferta na przejęcie obowiązków z zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

Imię i Nazwisko .....................................................................................................................................

PESEL....................................................................................................................................................

Zawód...................................................................................................................................................

Nr prawa wykonywania zawodu...............................................................................................................

Specjalizacja w zakresie .........................................................................................................................

Nr dokumentu specjalizacji......................................................................................................................

Nr rejestr. indywidualnych. praktyk lekarskich \*…………..........................................................................

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

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

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

Adres indywidualnej praktyki lekarskiej ……..............................................................................................

Adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z adresem praktyki)… …………..….......................................

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:

**…………. % iloczynu ilości wykonywanych usług oraz ich wartości wycenionych przez NFZ brutto**

**……………% ustalonego zysku od pozostałych wykonanych badań**

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

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

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielania porad w Poradni ……………………………………… w dniach i godzinach uzgodnionych z .…………………………………………………………………………………………………………………….………………………………….

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 i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

4. Oświadczam, ze posiadam aktualne orzeczenie 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 w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

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

( pieczątka i podpis)

\*Wypełnić jeśli dotyczy