Załącznik nr 1

**Oferta na przejęcie obowiązków z zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):

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

Numer wpisu do właściwego rejestru (właściwej Izby Lekarskiej, Pielęgniarskiej lub innego organu rejestrowego):

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

Regon:

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

NIP:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pesel:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Bank:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr rachunku bankowego:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres praktyki lub zakładu opieki zdrowotnej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

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

Telefon:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fax:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania:

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

Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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/am się z art. 146 ust. 1, art. 147-150,151 ust. 1-5, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi o konkursie ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - 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 miesięczna ryczałtowa brutto ……………………………**

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

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

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

2. Zobowiązuję się do przedłożenia w ciągu 7 dni od dnia 31.12.2011r. polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonej w art. 25 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej.

Polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ważną do 31.12.2011r. zobowiązuje się przedłożyć na zasadach obowiązujących do 30.06.2011r.

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.

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

 Data ( pieczątka i podpis)