Załącznik nr 5

**Oferta na przyjęcie obowiązków w 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 i przyjmuję ja bez zastrzeżeń.

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

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

4.Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych osób, które świadczyć będą usługi w imieniu ………………………………………………: dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie …………………………………..…..oraz prawo wykonywania zawodu załączam do oferty

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

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

( pieczątka i podpis)