Załącznik nr 6

**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.

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 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 zawarcia umowy polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonej w art. 25 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej\* .

Ważną Polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zobowiązuje się przedłożyć na zasadach obowiązujących do 30.06.2011r. ( Dz. U. z 2010r. nr 78 poz. 515).

3.Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

4.Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych: dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie **…………………..…..** oraz prawo wykonywania zawodu - załączam do oferty.

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

\*Z uwagi na to, iż projekty rozporządzeń wprowadzają nowy podział kategorii podmiotów, które obowiązane są do zawarcia ubezpieczenia OC, oraz nowe minimalne sumy gwarancyjne, istotne jest dla funkcjonujących podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, że projektodawcy wprowadzają **12-miesięczny okres dostosowania obecnych umów do nowych przepisów prawa.** Uwzględniając fakt, iż oba rozporządzenia mają wejść w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., wszystkie umowy obowiązujące do tego dnia podlegają dotychczasowym przepisom. Natomiast umowy zawarte na starych przepisach, a obowiązujące po dniu 1 stycznia 2012 r., będą musiały być w okresie 12 miesięcy (tj. do dnia 2 stycznia 2013 r.) dostosowane do nowych przepisów prawa.

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

( pieczątka i podpis)

\*Wypełnić jeśli dotyczy