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 :

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

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

Adres zamieszkania:

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

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

Telefon:

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

Email:

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

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 Poliklinice Stomatologicznej 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego SP ZOZ.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z art.140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147-150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 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:**

1. stawka za 1 pkt rozliczeniowy brutto …………………………..(kod zakresu świadczeń 07.0000.218.02): za wyjątkiem n/w świadczeń kodowanych wg Rozporządzenia Ministra Zdrowia:

5.13.01.2331020,5.13.01.2331030,5.13.01.2331040,5.13.01.2331050,5.13.01.2331120,

5.13.01.2331160,5.13.01.2331170 ,5.13.01.2326110,5.13.01.2326120

które wykonywane w ramach obowiązującego limitu są objęte stawką za 1 pkt rozliczeniowy brutto: …………………… zł.)

1. **…………**% z przychodów za realizację procedur ponadstandardowych (nierefundowanych przez NFZ), za wyjątkiem świadczeń z zakresu implantoprotetyki (numerowanych zgodnie z cennikiem

4 WSK z P SP ZOZ we Wrocławiu, włącznie z dodatkowo wprowadzonymi), które są objęte stawką ………….....%.

**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 najpóźniej w dniu rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych

polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz. U. z 2011r. nr 293 poz. 1729

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

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

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

Data ( pieczątka i podpis)