**ZAŁĄCZNIK NR 1**

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

/ miejscowość, data/

**4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką**

**SP ZOZ we Wrocławiu**

**ul. Rudolfa Weigla 5**

**50-981 WROCŁAW**

**OFERTA**

**„Konkurs ofert w zakresie technicznego wykonywania prac**

**………………………..\* na potrzeby Polikliniki Stomatologicznej i Klinicznego Oddziału Chirurgii Szczękowo - Twarzowej
4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu”**

(\* wpisać właściwy zakres usług)

Dane oferenta:

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

NAZWA FIRMY LUB ( IMIĘ I NAZWISKO)

Dokładny adres:……………………………………………………………………………………………………………. .......................................................................................................................................

Wpisana/y do rejestru przez Sąd Rejonowy ……………………………. Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru pod nr KRS………………………………………….\*.

/wpisanym do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez ……………………………… …………………………..pod numerem………………………………..........\*

NIP: ………………………………………………….

REGON: …………………………………………….

NR TELEFONU .............................. FAX..............................
E: mail …………………………..

Przedmiotem oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie technicznego wykonania usług ortodontycznych/protetycznych\*[[1]](#footnote-1) na potrzeby Polikliniki Stomatologicznej
i Klinicznego Oddziału Chirurgii Szczękowo - Twarzowej 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu na zasadach określonych w projekcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Zapoznałem/am się treścią ogłoszenia o konkursie ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. 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 (t.j.DZ.U. 2016.1793 z póź. zm.) oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi o konkursie ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Zapoznałem/am się z wzorem umowy i przyjmuję ją bez zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
6. Zobowiązuję się do wykonania pełnego zakresu zleconych prac przez lekarza dentystę (ortodontę lub protetyka).
7. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności samodzielnie rozliczam się
z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
8. Znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej prawidłowe wykonanie zamówienia.
9. Nie zalegam w płaceniu podatków i opłat.
10. Nie zalegam w płaceniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne.
11. Posiadam niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną przeznaczone do wykonywania świadczeń objętych zamówieniem zgodnie z przyjętymi standardami i przy zachowaniu wysokiej jakości świadczonych usług oraz zatrudniam pracowników o wymaganych kwalifikacjach do realizacji przedmiotu zamówienia.
12. Warunki lokalowe, w których wykonywane będą usługi będące przedmiotem zamówienia spełniają wymagania pod względem fachowym i sanitarnym zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
13. Zobowiązuję się do przedłożenia w ciągu 7 dni od dnia zawarcia umowy 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 ).
14. Zobowiązuję się do posiadania aktywnego konta dla podwykonawcy w systemie SZOI
w Narodowym Funduszu Zdrowia.
15. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.
16. W załączeniu przedstawiam proponowane kwoty należności za realizacje przedmiotu zamówienia (załącznik nr ......).

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

(data, pieczęć i podpis Przyjmującego Zamówienie)

1. \* niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)