*Załącznik nr 1*

Wrocław, dnia………………………………..

OFERTA KONKURSOWA

**w sprawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenie zdrowotne z podmiotem wykonującym działalność leczniczą lub osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych, oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy w okresie od ……………… do ………………… r.**

Imię i nazwisko/Nazwa firmy ……………………………………… …………………………………...

Adres: …………………………………………………………………………………………………….

NR WPISU DO REJESTRU…………………………………….……………………………………….

NR WPISU DO EWIDENCJI O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ …………………………………...……………………………………………………………………….

NIP ………………………….…………………..REGON………………………..…………………….

NR TELEFONU …………………………………………………………………………………………

ADRES ……………………………………………………...……….…………………………………..

ADRES DO KORESPONDENCJI ……………………………….…………………………………......

II. Kwalifikacje zawodowe i inne wymagania:

Należy dołączyć następujące dokumenty:

1. Oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami konkursu ofert;
2. Oświadczenie o posiadanym doświadczeniu w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
3. Wykaz personelu wraz z kwalifikacjami zawodowymi( w załączeniu kopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje- dyplomy ukończenia studiów wyższych, dyplom specjalizacji lub karta szkolenia specjalizacyjnego, prawo wykonywania zawodu);
4. Oświadczenie oferenta o akceptacji projektu umowy;
5. Aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie praktyka lekarska;
6. Elektroniczny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o działalności Gospodarczej a w przypadku nie wykonywania działalności gospodarczej w chwili złożenia oferty,
7. Oświadczenie o nie posiadaniu wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie praktyka **wyłącznie** w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego pod adresem : 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu, ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
8. Oświadczenie o nieprowadzeniu i nieposiadaniu na dzień złożenia oferty wpisu do Centralnej Ewidencji o Działalności Gospodarczej w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu;

*\*\*\* /należy dołączyć kserokopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem*

III. Proponowana wartość ryczałtu za wykonanie przedmiotu zamówienia stanowić będzie ……. % maksymalnego zobowiązania Oddziału NFZ wobec Szpitala.

*………………………………………………….…………………………………………………………………….*

………………………………………. ……………………………………………..

Miejscowość i data (pieczęć i podpis składającego ofertę)