

Pieczątką firmowa z pełną nazwą oferenta

## Formularz oferty

### Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii uzależnień przez specjalistę terapii uzależnień w Poradni.....

#### I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętką Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.
6. Zaleca się aby wszystkie strony Formularza oferty były parafowane przez Oferenta.

#### II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko		PESEL	
<b>Adres zamieszkania</b>			
Kraj	Miejscowość		
Kod pocztowy	Poczta		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
E-mail	telefon	fax	
<b>Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):</b>			
Kraj	Miejscowość		
Kod pocztowy	Poczta		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
<b>Działalność gospodarcza</b>			
Firma		Siedziba	
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)		REGON	

#### III. Kwalifikacje zawodowe i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu

.....

.....  
.....  
(numer dyplomu i posiadane specjalizacje)

**Uwaga!**

Składając ofertę należy dołączyć „Wykaz lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń zdrowotnych” sporządzony zgodnie z Załącznikiem Nr 1 do umowy oraz dołączyć wymagane dokumenty lub złożyć oświadczenie o posiadaniu przez wskazane osoby wymaganych kwalifikacji, uprawnień i doświadczenia (**nie dotyczy Oferenta, który będzie świadczył usługi medyczne osobiście**)

**IV. Proponowana kwota wynagrodzenia:**

1. Za realizację zamówienia proponuję stawkę wynagrodzenia w wysokości .....zł brutto (słownie:.....) za każdy punkt świadczenia zrealizowanego w Poradni, uznanego przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ lub innego kontrahenta,
2. Proponowane godziny oraz dni świadczenia usług:

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

**V. Oświadczenie:**

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, „Materiałami Informacyjnymi do Konkursu Ofert” tak/nie\*
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Konkursu Ofert i projektem umowy i nie wnoszę do niej zastrzeżeń. Zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez Udzielającego zamówienia: tak/nie\*
1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych uczestników Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiącą Załącznik Nr 4.
4. Oferuję termin płatności 30 dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
5. Oświadczam, że uzyskałem/łam wpis do Centralnej Ewidencji o Działalności Gospodarczej.
6. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
7. Zobowiązuję się do dostarczenia kopii polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub innego dokumentu potwierdzającego jej zawarcie bez wezwania do Działu Zatrudnienia i Płac Udzielającego Zamówienia.
8. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od **01.04.2023 r. do 31.12.2026 r.**
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
10. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
11. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
12. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
13. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
14. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób ciągły, zabezpieczający niezakończoną pracę zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia w dniach i godzinach

ustalonych w harmonogramie udzielania świadczeń.

15. Oświadczam, że dostarczę zaświadczenie o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza Medycyny Pracy, najpóźniej w dniu zawarcia umowy.

.....  
( pieczętka i podpis Oferenta )

.....  
(miejscowość i data)

## VI. Do oferty załączam:

1. Aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
2. Kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje, kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne, posiadany stopień/tytuł naukowy i inne świadectwa umiejętności ( wskazać jakie):
  - 1) .....
  - 2) .....
6. Kserokopię umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
7. Zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza Medycyny Pracy (zaświadczenie należy przedłożyć najpóźniej w dniu zawarcia umowy).
8. Podpisaną Klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych kandydatów na stanowisko objęte postępowaniem konkursowym stanowiącą Załącznik Nr 4.
9. ....  
.....  
..... (inne dokumenty-wskazać jakie)

\* jeżeli dane ujęte w księdze ulegną zmianie w trakcie obowiązywania umowy Oferent zobowiązany jest do niezwłocznego dostarczenia jej wydruku po aktualizacji danych przez Okręgową Izbę Lekarską,

### **WAŻNE!!!**

*W przypadku przedłożenia kopii dokumentów Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo zażądania do wglądu oryginału tych dokumentów.*

*W przypadku uczestnictwa przez Oferenta w więcej niż w jednym zadaniu, Oferent składa w załączniku do formularza ofertowego kserokopie dokumentów tylko jeden raz.*

.....  
( pieczętka i podpis Oferenta )

.....  
(miejscowość i data)