

## FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### 1. Dane oferenta

A. Podmiot wykonujący działalność leczniczą:

Nazwa i siedziba .....

.....

Nazwa rejestru ..... nr .....

NIP .....

B. Nr prawa wykonywania zawodu.

.....

C. Kwalifikacje:

.....

.....

D. Specjalizacja: .....

E. Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie :

1) Udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii i certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych, lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii, lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii, lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i reanimacji, lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii pacjentom Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych i pacjentom Oddziału Terapii Uzależnień w Ośrodku Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych:

- w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godz. od 7.00 do 14.30 (godziny normalnej ordynacji) – stawka za 1 godz.: .....zł

- dyżurów lekarskich w dni powszednie od poniedziałku do piątku od 14.30 do 7.00 - stawka za 1 godz.: ..... zł

- dyżurów 24 godzinnych w soboty, niedziele oraz w dni ustawowo wolne od pracy – stawka za 1 godz.: ..... zł

- stawka za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych poza dyżurem: .....zł.

2) Udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza posiadającego specjalizację w innej dziedzinie niż wymienione w pkt.1 lub nie posiadającego specjalizacji, pacjentom Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych i pacjentom Oddziału Terapii Uzależnień w Ośrodku Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych:

- w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godz. od 7.00 do 14.30 (godziny normalnej ordynacji) – stawka za 1 godz.: ..... zł

- dyżurów lekarskich w dni powszednie od poniedziałku do piątku od 14.30 do 7.00 – stawka za 1 godz.: ..... zł

- dyżurów 24 godzinnych w soboty, niedziele oraz w dni ustawowo wolne od pracy – stawka za 1 godz.: ..... zł.

- stawka za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych poza dyżurem: .....zł.

Wynagrodzenie jest wynagrodzeniem ryczałtowym.

F. Oświadczenia:

1) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

2) Oświadczam, że byłem(em)\* / nie byłem(em)\* karana(y) za przewinienia zawodowe ani inne przestępstwa.

- 3) Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą oraz doświadczeniem.
- 4) Oświadczam, że złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
- 5) Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w miejscu i terminie wyznaczonym przez organizatora konkursu.
- 6) Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w umowie z Udzielającym zamówienia.

G. Do niniejszej oferty dołączam:

- 1) dyplom ukończenia studiów;
- 2) zezwolenie i numer wpisu do rejestru prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską;
- 3) polisę ubezpieczeniową OC na kwotę określoną w § 3 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 866);
- 4) prawo wykonywania zawodu;
- 5) dokumenty potwierdzające posiadaną specjalizację;
- 6) inne dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje;
- 7) wydruk wpisu ze strony [www.ceidg.gov.pl](http://www.ceidg.gov.pl) lub innego rejestru.

Jednocześnie oświadczam, że na wezwanie Zamawiającego przedstawię oryginały składanych dokumentów.

.....  
podpis oferenta

\* niepotrzebne skreślić