

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. Głaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie :

1) udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu, Opole ul Głogowska 25B w Poradni Leczenia Uzależnień przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii w zakresie:

1) porad lub wizyt diagnostycznych;

2) porad lub wizyt lekarskich terapeutycznych kolejnych,

- stawka za 1 pkt. -zł.

2) udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu, Opole ul Głogowska 25B w Poradni Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii w zakresie:

1) porad lub wizyt diagnostycznych;

2) porad lub wizyt lekarskich terapeutycznych kolejnych.

- stawka za 1 pkt. -zł.

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 lub innego rejestru.

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

.....
podpis oferenta

* niepotrzebne skreślić