

**OFERTA**

**na udzielenie świadczeń zdrowotnych w Poradni Stomatologicznej przez osoby wykonujące zawód lekarza dentysty**

- I. Niniejszy formularz traktowany jest jako wzór i winien być wypełniony, podpisany i opieczetowany.
- II. Oferent winien podać wszystkie dane wymagane w niniejszym formularzu oferty poprzez wypełnienie rubryk. Oferent powinien ponadto załączyć do niniejszej oferty wszystkie załączniki o których mowa w MIISZWKO.
- III. Dokumenty w postaci kserokopii muszą zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta lub osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta, opatrzone datą.
- IV. Każda strona oferty powinna zostać parafowana przez Oferenta.

**DANE O OFERENCIE:**

1. Pełna nazwa(firma) Oferenta.

.....

2. Siedziba i adres Oferenta.

.....  
.....

3. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i oznaczenie organu dokonującego wpisu Oferenta.

.....  
.....

NIP.....REGON.....

4. Liczba osób, które będą wykonywać przedmiot konkursu ofert.

.....

..... dnia .....2016 r.

pieczęć i podpis Oferenta

**5. Kwalifikacje zawodowe OFERENTA:**

.....  
.....

**6. Proponowana przez OFERENTA cena jednostkowa brutto za punkt udzielania świadczeń zdrowotnych**

1. ....(słownie.....)
2. ....(słownie.....) wykonane świadczenia rozliczane w oparciu o następujące kody: 23.3102, 23.3103, 23.3104, 23.3105

**7. Dni i godziny udzielania świadczeń oferowane przez Oferenta**

.....

Data, pieczęć i podpis OFERENTA

.....

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

### **Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia oraz Materiałami Informacyjnymi i Szczegółowymi Warunkami konkursu ofert wraz z Załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Posiadam wszystkie informacje konieczne do złożenia pełnej i ostatecznej oferty konkursowej.
3. Uważam się związany/związana ofertą na okres 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
4. Wszystkie złożone przeze mnie dokumenty lub ich kopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Nie wnoszę żadnych zastrzeżeń co do składu Komisji Konkursowej.
6. W ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę/ będę świadczył usługi dla pacjentów
7. Samodzielnie rozliczam się / będę się rozliczał z Urzędem Skarbowym i ZUS.

### **Ponadto oświadczam, że:**

- 1) spełniam wymogi określone przepisami prawa, określone w Materiałach Informacyjnych i Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz określone przez NFZ,
- 2) nie jestem zawieszona/y ani ograniczona/y w prawie wykonywania zawodu, nie byłam/byłem karany/a za przestępstwo ani inne czyny, a także nie byłam/byłem karany za czyny pozostające w związku z wykonywanym zawodem.

### **Zobowiązuję się do:**

1. udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert przy wykorzystaniu: pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.
2. Udzielenia świadczeń zdrowotnych zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienie, z harmonogramem udzielania świadczeń ustalonym z Udzielającym zamówienia,

### **Do niniejszej oferty załączam:**

1. Kserokopia zaświadczenia wydanego przez Izbę Lekarską o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
4. Kserokopia dyplomu ukończenia Akademii Medycznej.
5. Kserokopia dyplomów posiadanych specjalizacji
6. Polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
7. Zaświadczenie o aktualnych badaniach profilaktycznych.

data, podpis i pieczęć Oferenta

.....