

.....  
(pieczęćka oferenta)

*Załącznik nr 1  
do warunków konkursu  
Indywidualna praktyka*

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**  
**w Poradni Chirurgicznej**  
**Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w postępowaniu nr 0510K.10.2023**

Nr REGON oferenta .....	NIP .....
Nazwa oferenta	<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div>
Adres do korespondencji, telefon kontaktowy	<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div>
Nazwa banku  Nr konta	<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 1.2em; margin-bottom: 5px;"></div>
<p><b>1. Oferowana cena (brutto) jednostkowa jednego punktu: ..... zł</b> <b>(słownie: ..... złotych 00/100 brutto).</b></p> <p><b>Zobowiązuję się do realizacji oferowanych świadczeń w wymiarze ..... punktów miesięcznie.</b></p> <p><b>2. Oferowana cena (brutto) porady w ramach:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• świadczeń zdrowotnych nie objętych umową z NFZ w Poradni Chirurgicznej poprzez udzielanie specjalistycznych konsultacji lekarskich pacjentom Samodzielnego Szpitala Psychiatrycznego w Radecznicy ..... zł</li></ul> <p><b>(słownie: ..... złotych ...../100 brutto)**</b></p>	

**I. Oświadczenia:**

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie personelu wynosi ..... lat.
3. Oświadczam, że staż pracy w Poradni ..... wynosi ..... lat.

4. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres **od dnia 01 stycznia 2024 r. do dnia 31 grudnia 2025 r.** i wyrażam zgodę na jej ewentualne przedłużenie w drodze aneksu na kolejny okres nieprzekraczający 3 m-cy.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
7. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Warunków konkursu ofert z dnia 20 listopada 2023 r. i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
8. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
9. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz zgodnie z ustalonym harmonogramem.

## II. Do oferty załączam:

1. Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*\*,
2. Aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego / wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej\*,
3. Umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) \*,
4. Prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych\*\*,
5. Dyplom lekarza\*\*,
6. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji, certyfikaty):
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) .....
  - 4) .....

(inne dokumenty – wskazać jakie

\*- niewłaściwe skreślić,

\*\* - jeśli dotyczy.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)