**Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków**

**Konkursu Ofert**

. . . . . . . . . . . . . . dnia . . . . . . . . . . . .

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

[pieczątka firmowa]

###### Oferta \*

**I**. **DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**:

**Pełna nazwa/ Imię i nazwisko** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Siedziba / adres zamieszkania** [kod, miejscowość, ulica, nr domu i lokalu] . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **Adres do korespondencji** [wypełnić jeśli jest inny niż adres podany powyżej]

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **PESEL** . . . . . . . . ………………………………………………………………………

**Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujący działalność leczniczą zgodnie z art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (rejestr podmiotów leczniczych) ………………………**

**Nr wpisu do właściwego rejestru zgodnie z art. 101 -102 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (rejestr lekarzy) …………………………………………**

**REGON** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**NIP** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Telefon** [z numerem kierunkowym]. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Fax**[z numerem kierunkowym] . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**E**-**mail**  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**II**. **PRZEDMIOT OFERTY**:

\*Należy wypełnić tylko te pola, które dotyczą Przyjmującego zamówienie.

**Dotyczy: postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej PIASTUN w Piastowie przy ul. M. Reja 1, z podziałem na zadania:**

**Zadanie 1\*: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.** W tym zadaniu zostanie zawarta umowa kontraktowa lub zlecenie na podstawie których będzie udzielało świadczeń co najmniej 4 lekarzy.

**Zadanie 2\*: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie nocnej   
i świątecznej opieki zdrowotnej.** W tym zadaniu zostanie zawarta umowa kontraktowa lub zlecenie na podstawie których będzie udzielało świadczeń co najmniej 3 lekarzy.

**Zadanie 3\*: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – kardiologa.** W tym zadaniu zostanie zawarta umowa kontraktowa lub zlecenie na podstawie których będzie udzielało świadczeń co najmniej 3 lekarzy.

1. Oświadczam, że przystępuję do konkursu ofert ogłoszonego przezUdzielającego zamówienia - **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej PIASTUN   
   w Piastowie** na warunkach przedstawionych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz warunki te akceptuję.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia opublikowanego na stronie internetowej oraz wywieszonego w siedzibie **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej PIASTUN w Piastowie** w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. **Proponowana stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**
   1. **Zadanie 1\*: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej – cena jednostkowa brutto za 1 godz. .......................... zł,**
   2. **Zadanie 2\*: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie nocnej   
      i świątecznej opieki zdrowotnej:**
      1. **cena jednostkowa brutto za 1 godz. w dni powszednie** .............................. zł
      2. **cena jednostkowa brutto za 1 godz. w dni wolne od pracy ……….. zł**
      3. **średnie cena jednostkowa brutto za 1 godz. …………. zł (średnia cen wskazanych w lit. a i lit. b powyżej).**
   3. **Zadanie 3\*: - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – kardiologa:**
      1. **równowartość……….% od uzyskanych i zrealizowanych w danym miesiącu kalendarzowym punktów w ramach NFZ, z uwzględnieniem poniesionych przez Udzielającego Zamówienie kosztów związanych z udzieleniem świadczeń zdrowotnych\*,**
      2. **cena jednostkowa brutto za przyjętego pacjenta .......................... zł\*.**
4. Oświadczam, że posiadam uprawnienia, niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów niniejszego postępowania konkursowego.
6. Oświadczam, że jestem związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.
7. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zawrę umowę zgodną z wzorem stanowiącym załącznik do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
8. *Powyższe oświadczenia składam świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu przedkładania fałszywych   
   lub stwierdzających nieprawdę dokumentów lub nierzetelnych oświadczeń mających istotne znaczenie   
   dla uzyskania przedmiotowych zamówień (art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny) a także konsekwencji określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

Załączniki:

1. Dyplom ukończenia szkoły/studiów wyższych,
2. Prawo wykonywania zawodu,
3. Dyplom specjalizacji/kursów kwalifikacyjnych/kursów specjalistycznych
4. Dokumenty poświadczające posiadane umiejętności i kwalifikacje
5. Wypis z rejestru wojewody\*
6. Wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego\*
7. Wydruk z CEIDG\*
8. Zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej stwierdzające wpis do właściwego rejestru\*
9. Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej
10. Inne:…………………………………………………………………

\*Niepotrzebne skreślić

**oferta z załącznikami zawiera łącznie .................... ponumerowanych stron.**

................................., dnia .............. r.

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

*podpis Przyjmującego zamówienie lub osoby upoważnionej do reprezentowania*