

Formularz ofertowy

**KONKURS OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NA RZECZ PACJENTÓW PORADNI ZDROWIA PSYCHICZNEGO WSN W LUBLIŃCU**

1. Oferent:
2. Adres Oferenta:
3. Nr telefonu:
4. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej:
.....
5. REGON:
6. NIP:
7. Nazwa banku oraz nr rachunku:
.....
8. Nr umowy ubezpieczeniowej:
9. Okres obowiązywania umowy ubezpieczeniowej:
.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Formularz ofertowy

**KONKURS OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NA RZECZ PACJENTÓW PORADNI NEUROLOGICZNEJ WSN W LUBLIŃCU**

1. Oferent:
2. Adres Oferenta:
3. Nr telefonu:
4. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej:
.....
5. REGON:
6. NIP:
7. Nazwa banku oraz nr rachunku:
.....
8. Nr umowy ubezpieczeniowej:
9. Okres obowiązywania umowy ubezpieczeniowej:
.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Formularz ofertowy

**KONKURS OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NA RZECZ PACJENTÓW PORADNI ZDROWIA PSYCHICZNEGO WSN W LUBLIŃCU**

Cena – brutto za jeden punkt udzielania świadczeń zdrowotnych	Ilość punktów	Cena brutto x ilość punktów (iloraz kolumny 1 i 2)
1	2	3

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Formularz ofertowy

**KONKURS OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NA RZECZ PACJENTÓW PORADNI NEUROLOGICZNEJ WSN W LUBLIŃCU**

Cena – brutto za jeden punkt udzielania świadczeń zdrowotnych	Ilość punktów	Cena brutto x ilość punktów (iloraz kolumny 1 i 2)
1	2	3

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

OŚWIADCZENIE

1. *Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.*
2. *Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.*
3. *Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania.*
4. *Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. E. Cyrana w Lublińcu dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w WSN.*

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

OŚWIADCZENIE

1. *Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.*
2. *Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.*
3. *Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania.*
4. *Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. E. Cyrana w Lublińcu dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w WSN.*

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- nie toczy się przeciwko mnie postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej,
- nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,
- nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu, albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- nie toczy się przeciwko mnie postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej,
- nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,
- nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu, albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Poradni Zdrowia Psychicznego WSN przedkładam dokumenty w formie kserokopii, a to:

- aktualna na czas trwania umowy, umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
- dokument potwierdzający wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
- dyplom ukończenia studiów,
- prawo wykonywania zawodu lekarza,
- dyplom uzyskania tytułu specjalisty.

Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Poradni Neurologicznej WSN przedkładam dokumenty w formie kserokopii, a to:

- aktualna na czas trwania umowy, umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
- dokument potwierdzający wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
- dyplom ukończenia studiów,
- prawo wykonywania zawodu lekarza,
- dyplom uzyskania tytułu specjalisty.

Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 6 do SzWKO
Zadanie nr 1

(Nazwisko oraz imię składającego oświadczenie)

PESEL :

.....

Lubliniec dnia

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że wyrażam gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy w **Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana, ul. Grunwaldzka 48, 42-700 Lubliniec**, w Poradni Zdrowia Psychicznego, w zakresie tygodniowego wymiaru przedstawionego w ofercie oraz wykazanego do NFZ, wynoszącym:..... godz.

.....

Podpis osoby składającej oświadczenie

Załącznik nr 6 do SzWKO
Zadanie nr 2

(Nazwisko oraz imię składającego oświadczenie)

PESEL :

.....

Lubliniec dnia

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że wyrażam gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy w **Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana, ul. Grunwaldzka 48, 42-700 Lubliniec**, w Poradni Neurologicznej, w zakresie tygodniowego wymiaru przedstawionego w ofercie oraz wykazanego do NFZ, wynoszącym:..... godz.

.....

Podpis osoby składającej oświadczenie

Załącznik nr 7 do SzWKO
Zadanie nr 1

Pieczęć Przyjmującego Zamówienie

Załącznik nr 1 do umowy nr z dnia

1. Zestawienie wykonanych punktów w miesiącu na podstawie zawartej umowy nr..... z dnia

Lp.	Data wykonania świadczenia	Ilość wykonanych punktów
RAZEM		

Data i podpis przyjmującego zamówienie

2. Potwierdzam wykonanie w/w ilości punktów w Poradni Zdrowia Psychicznego

data i podpis Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa

.....

(lub osoby wskazanej na czas jego nieobecności)

3. Dział Kadrowo-Płacowy

Cena jednostkowa x ilość punktów..... = suma do wypłaty

Zgodnie z zawartą umową

Data i podpis pracownika działu kadrowo-płacowego

Załącznik nr 7 do SzWKO
Zadanie nr 2

Pieczęć Przyjmującego Zamówienie

Załącznik nr 1 do umowy nr z dnia

1. Zestawienie wykonanych punktów w miesiącu na podstawie zawartej umowy nr..... z dnia

Lp.	Data wykonania świadczenia	Ilość wykonanych punktów
RAZEM		

Data i podpis przyjmującego zamówienie

2. Potwierdzam wykonanie w/w ilości punktów w Poradni Neurologicznej

data i podpis Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa

.....

(lub osoby wskazanej na czas jego nieobecności)

3. Dział Kadrowo-Płacowy

Cena jednostkowa x ilość punktów..... = suma do wypłaty

Zgodnie z zawartą umową

Data i podpis pracownika działu kadrowo-płacowego