

Dane rejestrowe Przyjmującego zamówienie:

Pełna nazwa:

Adres:

NIP/REGON:

Adres/ numery do porozumiewania się:

Numer telefonu:

e-mail:

Adresat:**Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny
im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu****FORMULARZ OFERTOWY**

na udzielanie przez Przyjmującego zamówienie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w Centrum Zdrowia Psychicznego z zakresu ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego

Deklaruję, wykonanie ww. świadczeń w wysokości:

Pakiet I Poradnia Zdrowia Psychicznego na terenie powiatu lublinieckiego,

Cena za jeden punkt rozliczeniowy	Deklaruję liczbę punktów w miesiącu (należy podać szacunkową liczbę)	szacunkowa wartość miesięczna (cena za pkt. x liczba pkt. w danej poz.)

Pakiet II Poradnia Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo- Koordynacyjnym na terenie powiatu lublinieckiego,

Cena za jeden punkt rozliczeniowy	Deklaruję liczbę punktów w miesiącu (należy podać szacunkową liczbę)	szacunkowa wartość miesięczna (cena za pkt. x liczba pkt. w danej poz.)

Pakiet III Poradnia Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo- Koordynacyjnym na terenie powiatu myszkowskiego,

Cena za jeden punkt rozliczeniowy	Deklaruję liczbę punktów w miesiącu (należy podać szacunkową liczbę)	szacunkowa wartość miesięczna (cena za pkt. x liczba pkt. w danej poz.)

Pakiet IV Poradnia Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo- Koordynacyjnym na terenie powiatu kłobuckiego,

Cena za jeden punkt rozliczeniowy	Deklaruję liczbę punktów w miesiącu (należy podać szacunkową liczbę)	szacunkowa wartość miesięczna (cena za pkt. x liczba pkt. w danej poz.)

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:

1. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Przyjmującego zamówienie: *(poniżej wpisać dokładny adres na składaną komórkę organizacyjną):*.....
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
3. Posiadam dokument ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana nie rozwiązał z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania z winy Przyjmującego zamówienie.
5. Oświadczam(y), że wypełniłem(liśmy) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 i 14 ust. 1-4 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1) zwanego dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem(liśmy) w celu ubiegania się o udzielenia zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

(własnoręczny podpis osoby uprawnionej, lub opatrzony podpisem zaufanym, podpisem osobistym lub podpisem kwalifikowanym)