

Formularz ofertowy

**KONKURS OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE NEUROLOGII W PORADNI NEUROLOGICZNEJ**

I. Dane Oferenta

1. Pełna nazwa oferenta:
2. Adres Oferenta:
3. Nr telefonu:
4. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej:
5. REGON:
6. NIP:
7. PESEL:
8. Nazwa banku oraz nr rachunku:
9. Nr umowy ubezpieczeniowej:
10. Okres obowiązywania umowy ubezpieczeniowej:
11. Nr prawa wykonywania zawodu
12. Posiadane kwalifikacje (specjalizacja):.....

II. Oferowana cena, wskazanie liczby godzin:

1. Oferuję wykonanie zamówienia za niżej wymienioną cenę:
 - a) % wartości punktowej grupy, rozliczonej zgodnie z aktualnym Katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, sprawozdanej i poprawnie zweryfikowanej przez NFZ;
 - b) zł brutto (słownie:)
za jedną konsultację neurologiczną.

.....
(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 przedmiotowego postępowania konkursowego oraz realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w WSN.
5. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią klauzuli informacyjnej dla osób uczestniczących w postępowaniu konkursowym.

.....
(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 dentystry 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 w zakresie neurologii w Poradni Neurologicznej przedkładałam 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 5 do SzWKO

(Nazwisko oraz imię składającego oświadczenie)

Lubliniec dnia

OŚWIADCZENIE

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

.....

Podpis osoby składającej oświadczenie