

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Dane oferenta

A. Podmiot wykonujący działalność leczniczą;

Nazwa i siedziba

Nazwa rejestru nr

NIP.....

B. Nr prawa wykonywania zawodu.

.....

C. Kwalifikacje:

.....

.....

D. Specjalizacja:

E. Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie :

I. Udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu, Opole ul Głogowska 25 b przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii w zakresie:

- 1) porad diagnostycznych;
- 2) porad (terapeutycznych) kolejnych;

w Poradni Leczenia Uzależnień oferowana cena za 1 pktzł.

Proponowana dostępność – ilość godzin w tygodniu

Proponowane dni w tygodniu (proszę wstawić znak „x”):

poniedziałek	wtorek	środa	Czwartek	piątek	sobota	niedziela

w Poradni Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży oferowana cena za 1 pktzł.

Proponowana dostępność – ilość godzin w tygodniu

Proponowane dni w tygodniu (proszę wstawić znak „x”):

poniedziałek	wtorek	środa	Czwartek	piątek	sobota	niedziela

F. Oświadczenia:

- 1) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam, że byłem(em)* / nie byłem(em)* karana(y) za przewinienia zawodowe ani inne przestępstwa.
- 3) Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą oraz doświadczeniem.
- 4) Oświadczam, że złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
- 5) Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy o

udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w miejscu i terminie wyznaczonym przez organizatora konkursu.

6) Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w umowie z Udzielającym zamówienia.

7) Oświadczam, że przed zawarciem umowy dostarczę aktualną polisę ubezpieczeniową OC na kwotę określoną w § 3 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 poz. 866).

G. Do niniejszej oferty dołączam)*:

- 1) dyplom ukończenia studiów, jeżeli dotyczy;
- 2) zezwolenie i numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową radę lekarską, jeżeli dotyczy;
- 3) wydruk wpisu ze strony www.ceidg.gov.pl lub innego rejestru;
- 4) prawo wykonywania zawodu; jeżeli dotyczy;
- 5) polisę ubezpieczeniową OC na kwotę określoną w § 3 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 866);

Dokumenty wymienione w pkt 1-2 i 4-5 powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do weryfikacji oryginałów dokumentów z przedstawionymi kopiami przed zawarciem umowy.

.....
Data i podpis oferenta

*niepotrzebne skreślić