**OFERTA**

**Odpowiadając na Ogłoszenie o konkursie ofert z dnia …………. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim w okresie:
od 01.05.2022 r. do 31.12.2023 r.**

**oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w Części …..w zakresie………………**

**……………………………………………………………………………………………………….
 (**wpisać numer Części i zakres z Ogłoszenia o konkursie)

Imię i nazwisko/nazwa/firma Przyjmującego zamówienia (oferenta)

……………………………………………………………………………………………………………………….

Adres siedziby Przyjmującego zamówienie albo miejsca zamieszkania

……………………………………………………………………………………………………………………….

Adres do korespondencji ……………………………………………………………………………………………

numer telefonu…………………………………………; adres e-mail……………………………………………..

**Forma prowadzonej działalności leczniczej\*):**

- praktyka zawodowa (wpisać rodzaj i zakres praktyki\*\*))

……………………………………………………………………………………………………………………….

- numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez ORL………………

- wpis do CEIDG/ KRS (wpisać odpowiedni rejestr)

- NIP REGON

**Forma prowadzonej działalności leczniczej\*):**

- podmiot leczniczy (wpisać formę organizacyjno-prawną )……………………………………………………….

- numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego wojewodę………………………………………………………………………………………………………….

- wpis do CEIDG/ KRS (wpisać odpowiedni rejestr)

- NIP REGON

\*) wypełnić w zależności od prowadzonej formy działalności leczniczej

\*\*) Indywidualna praktyka lekarska/Indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska/Grupowa praktyka lekarska

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE OŚWIADCZA, ŻE:**

1. zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie, wymaganiami określonymi w dokumencie pn. „Szczegółowe warunki konkursu i wymagania od Przyjmujących zamówienie” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń;

2. będzieudzielał świadczeń zdrowotnych objętych konkursemw miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia;

3. posiada aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarancyjną zgodnie

z obowiązującymi przepisami\*\*/lub zobowiązuje się do przedłożenia zawartej polisy OC najpóźniej na dwa dni przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych \*\*;

4. posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń zdrowotnych.

**Deklarowana ilość świadczonych usług w miesiącu oraz warunki wynagrodzenia:**

Część 10 PRACOWNIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ - LEKARZ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wyszczególnienie** | **Jednostka****rozliczeniowa** | **Deklarowana ilość jednostek rozliczeniowych miesięcznie** | **Proponowana cena jednostkowa brutto za jednostkę rozliczeniową** |
| 1 | Świadczenie usług diagnostycznych - opisywanie wyników badań tomografii komputerowej w Pracowni TK\*\*/ zdalnie\*\* | Opis jednego badania |  |  |

\*) wypełnić właściwe \*\*) niepotrzebne skreślić

**Do oferty załączam następujące dokumenty**(w postaci kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem):

1. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w szczególności:

a) dyplom ukończenia uczelni,

b) prawo wykonywania zawodu,

c) uzyskane specjalizacje,

d) inne wymagane/posiadane dokumenty potwierdzające uprawnienia do wykonania przedmiotu zamówienia (wpisać jakie)…………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

 2. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonych
 odpowiednio przez ORL lub właściwego wojewodę

1. Aktualna polisa ubezpieczenia OC\*\*/ lub zobowiązanie Przyjmującego zamówienia do zawarcia polisy na okres obowiązywania umowy\*\*) (niepotrzebne skreślić).
2. Orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia.
3. Inne (wpisać jakie) ………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że dokumenty wymienione w poz. (np. 1a)..…….….są w posiadaniu Udzielającego zamówienia
i zachowują swoją ważność.

 ………………….…….…………………………

 *(data, miejscowość) (imię, nazwisko i podpis Przyjmującego zamówienie)*