



**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital im. dr. J. Dietla w Krynicy-Zdroju**

ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój, tel. 018-471-28-00, 018-471-28-07, fax. 018-471-23-38
nip: 734-26-31-078, regon: 000300587, email: spzoz@szpital-krynica.pl, web: www.szpital-krynica.pl

Załącznik nr 1 do Materiałów Szczegółowych
warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Krynica-Zdrój, dnia

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital im. dr. J. Dietla
ul. Kraszewskiego 142
33-380 Krynica-Zdrój**

OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza psychiatrę w Poradni Psychologii Zdrowia i
Trzeźwości dla dzieci i młodzieży.**

1. Dane oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

.....
(adres)

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta j.w.)

.....

.....

2. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w
miesiącu.....

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia w kwocie za 1 punkt rozliczeniowy
.....zł.

.....
{podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)



Załącznik Nr 1 do formularza ofertowego

ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla OFERENTA*:

1. Uwierzytelnione kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu - (Dyplom, Certyfikaty, Zaświadczenia)
- inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności – w przypadku ich posiadania
2. Potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem **właściwe** dokumenty określające status prawny oferenta, tj.:
 - 1) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
 - 2) zaświadczenie o wpisie do rejestru ZOZ właściwego wojewody – podmiot leczniczy
 - 3) zaświadczenie o wpisie do KRS,
 - 4) zaświadczenie o nadaniu nr REGON i NIP
3. Potwierdzoną przez Oferenta za zgodność obowiązkową polisę oc w ramach prowadzonej działalności.

**-niepotrzebne skreśli*



Załącznik Nr 2 do formularza ofertowego

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/łem się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zainteresowałam/łem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówień na świadczenie zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związana/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty;
6. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z regulaminem pracy Komisji Konkursowej.
7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości.....
(Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy. Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość , najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy .)

.....
Podpis