|  |
| --- |
|  FORMULARZ OFERTOWY W KONKURSIE OFERT NA UDZIELANIE  ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE: ……………………………………….  |

Imię i nazwisko/nazwa……………………………………………………………………………

PESEL…………………………………...nr prawa wykonywania zawodu………………………

Księga rejestrowa……………………………………………………………………………………..

Wpis do CEIDG jako…………………………………………………………………………….

NIP………………………………………………. REGON…………………………………..

nr telefonu………………………………………

nr rachunku bankowego…………………………………………………………………………….

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie……………………

……………………………………………………… podmiotu leczniczego „Zespół Opieki Zdrowotnej „ w Kłodzku ul. Szpitalna 1a.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

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

*wysokość proponowanej stawki godzinowej brutto / ilość godzin w miesiącu/*

Zobowiązuję się do wykonywania **obowiązków lekarza** w dniach i godzinach uzgodnionych z Zamawiającym.

Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury

i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Zamawiającego.

Oferuję zawarcie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne zgodnie z treścią

ogłoszenia o konkursie ofert w zakresie………………………………………………………….

w oparciu o regulacje ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

(Dz.U z 2019r. poz 537 ze zm.).

 Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi

warunkami konkursu ofert, projektem umowy, z przepisami z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej / Dz. U. z 2021r. poz.711 z poźn. zm. / oraz Ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych /Dz.U. z 2021r. poz. 1285, z późn. zm./,

oraz przepisami ustawy z z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

(Dz.U z 2019r. poz 537 ze zm.).

…………………………………….. ………………………………...

 miejscowość i data podpis