....................................... dnia................

………………………………..

(imię i nazwisko)

................................................................

(adres)

.................................................................

(numer wpisu do właściwego rejestru)

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie**

**Formularz Ofertowy**

**na świadczenie usług medycznych**

Oświadczam, że po zapoznaniu się z ogłoszeniem o konkursie ofert oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2015 poz. 618) składam swoją ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert w zakresie:

**porad ambulatoryjnych z zakresu neurologii w Poradni Neurologicznej**

Świadczenia zdrowotne będą udzielane przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego Udzielającego Zamówienia.

**Proponowana kwota należności za świadczenie usług medycznych:**

za jeden punkt: ….................... PLN brutto (słownie: ..............................................................................................),

Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia.

Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych i prowadzonej działalności - załączam do oferty.

Oświadczam, że nie zalegam z płatnością przed Urzędem Skarbowym i ZUS-em.

Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.

Oświadczam, że w przypadku zawarcia umowy na świadczenie usług medycznych lekarskich z Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie, wyrażam zgodę na poddanie się kontroli ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, Udzielającego Zamówienia oraz innych osób i organów uprawnionych do kontroli w zakresie przedmiotu umowy.

(pieczątka i podpis)