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

(imię i nazwisko)

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

(adres)

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

(numer wpisu do właściwego rejestru

i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie ul. Piłsudskiego 11**

**Formularz Ofertowy**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**Pakiet nr 1**

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 pełnienia dyżurów lekarskich:

1. w oddziałach szpitalnych: Oddział Dziecięcy, Ginekologiczno-położniczym, Chirurgii Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej, Wewnętrznym (2 dyżury), Anestezjologii i Intensywnej Terapii
2. w Izbie Przyjęć
3. w ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej (2 dyżury)

Świadczenia zdrowotne będą udzielane przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.

**Proponowana kwota należności:**

**1. za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów :**

1. lekarz ze specjalizacją II stopnia-za jedną godzinę ................... PLN brutto
2. lekarz ze specjalizacją I stopnia - za jedną godzinę ................... PLN brutto
3. lekarz bez specjalizacji -za jedną godzinę ........................ PLN brutto

w rozbiciu na:

* zwykły dzień roboczy,
* dzień wolny od pracy,
* Nowy Rok, Niedziela Wielkanocna, Boże Ciało, Dzień Wszystkich Świętych (01 listopada), Wigilia Bożego Narodzenia, Boże Narodzenie

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

Oświadczam, że posiadam uprawnienia, kwalifikacje, personel - 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 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)