.......................................................... .............................. 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 3**

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 zabezpieczenia lekarskiego transportu pacjentów do innych jednostek służby zdrowia.

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

**Proponowana kwota należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach zabezpieczenia lekarskiego transportu pacjenta do innych jednostek służby zdrowia: ………………… PLN brutto za każda godzinę wykonanej przez lekarza podczas transportu pracy.**

Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów “pod telefonem” na każde wezwanie Udzielającego 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 załączony projekt umowy akceptuję i zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w w/w projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Oświadczam, że nie zalegam z płatnościami wobec Urzędu Skarbowego i ZUS-u.

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)