.......................................................... .............................. 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 4**

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 przez lekarzy dyżurów “pod telefonem” z wezwaniem tj. pozostawanie poza siedzibą Udzielającego Zamówienie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielanie świadczeń zdrowotnych na każde wezwanie podczas pełnienia takiego dyżuru dla potrzeb:

1. Oddziału Chirurgii Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej
2. Oddziału Ginekologiczno-Położniczego
3. Oddziału Neurologii z Pododdziałem Leczenia Udarów Mózgu

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 dyżuru pod telefonem obejmującego także świadczenie usług medycznych na każde wezwanie:**

1. dla potrzeb Oddziału Chirurgii Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej:

* lekarz pełniący funkcję Ordynatora Oddziału Chirurgii –za jedną godzinę ................... PLN brutto
* lekarz ze specjalizacją II stopnia (specjalista) –za jedną godzinę ................... PLN brutto

1. dla potrzeb Oddziału Ginekologiczno-Położniczego:

* lekarz pełniący funkcję Ordynatora Oddziału Ginekologii i Położnictwa –za jedną godzinę ................... PLN brutto
* lekarz ze specjalizacją II stopnia (specjalista) –za jedną godzinę ................... PLN brutto

1. dla potrzeb Oddziału Neurologii z Pododdziałem Leczenia Udarów Mózgu:

* lekarz pełniący funkcję Ordynatora Oddziału Neurologii –za jedną godzinę ................... PLN brutto
* lekarz ze specjalizacją II stopnia (specjalista) –za jedną godzinę ................... PLN brutto

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)