

..... dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(numer wpisu do właściwego rejestru)

**Samodzielny Publiczny Zespół
Opieki Zdrowotnej
w Hrubieszowie**

**F o r m u l a r z O f e r t o w y
na świadczenie usług medycznych**

Oświadczam, że po zapoznaniu się z ogłoszeniem o konkursie ofert oraz szczegółowymi materiałami informacyjnymi dla oferentów, zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2018 poz. 160) - składam swoją ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert w zakresie:

anestezjologii i intensywnej terapii (Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii)

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

Proponowana kwota należności za świadczenie usług medycznych:

za jedną godzinę 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.

(pieczęćka i podpis)