

## FORMULARZ OFERTOWY

w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie z zakresu ortopedii i traumatologii oraz wykonywania pracy lekarza kierującego Oddziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

### I. DANE OFERENTA:

Imię i Nazwisko lub Nazwa Oferenta:

.....  
.....

Adres Oferenta: .....

NIP ..... REGON ..... PESEL (dot. os. fizycznych).....

.....

Nr tel. .... e-mail .....

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.....

### II. PROPONOWANA KWOTA WYNAGRODZENIA

Udzielający Zamówienia płacił będzie:

1) za wykonywanie czynności określonych w § 1 ust. 1 pkt 1) należność w wysokości:

- ..... (słownie: .....) zł brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

oraz dodatkowo

- .....% (słownie: .....procent) wartości punktowej wykonanych samodzielnie procedur wg grupy JGP (rozliczonych i zapłaconych przez NFZ).

W przypadku, gdy procedura wykonywana jest z innymi lekarzami wynagrodzenie ustala się w stosunku procentowym do ich udziału w jej wykonaniu na podstawie informacji sporządzonej przez lekarza kierującego Oddziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – w takim przypadku łączna kwota wynagrodzenia dla wszystkich lekarzy wykonujących daną procedurę nie może przekroczyć .....% wartości punktowej procedury.

2) za wykonywanie czynności określonych w § 1 ust. 1 pkt 2) – należność w wysokości ..... (słownie: .....) zł brutto miesięcznie.

### OŚWIADCZENIA OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
3. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie zgodne są z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz wg ustalonego harmonogramu.
6. Zapewniam niezmiennosc cen w okresie obowiązywania umowy.

.....

.....

(  
m  
i  
e  
j  
s  
c  
o  
w  
o  
ś  
ć  
,  
  
d  
a  
t  
a  
)