**FORMULARZ OFERTOWY**

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ortopedii i traumatologii narządu ruchudla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła, ul. Wojska Polskiego 51.

1. **Dane o oferencie:**
2. Imię i nazwisko/nazwa podmiotu oraz imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych w imieniu podmiotu: …………………………………………………………….......................
3. Specjalizacja: …………………………………………………….………………………………
4. Tytuł naukowy: …………………………………………………………………………………
5. Adres poczty internetowej(e-mail) ;……………………………………………………..
6. **Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny:**

Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą na bazie sprzętu i pomieszczeń w siedzibie szpitala SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II.

1. Określenie stawki za udzielone świadczenie w % wartości za wykonane procedury w ramach umowy podpisanej z NFZ przez Udzielającego zamówienie **(proponowana stawka nie może przekraczać 25%).** Wartość umowy na świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu zawartej pomiędzy Udzielającym zamówienie a NFZ na okres od 01.01.2022 do 31.12.2022 r. wynosi 1136736,00 zł:

**……………%**

1. **Załączniki do oferty:**
   1. zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu podmiotu będącego osobą fizyczną lub osoby udzielającej świadczeń w imieniu podmiotu nie będącego osobą fizyczną;
   2. dokument potwierdzający kwalifikacje;
   3. informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Krajowego Rejestru Sądowego albo Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
   4. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych lub grupowych specjalistycznych praktyk lekarskich albo podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
   5. oświadczenie o posiadaniu ubezpieczenia zgodnego z rozporządzeniem Ministra Finansów   
      z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

**V. Numer konta bankowego:**

………………………………………………………………………………………………

**VI.** Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią specyfikacji oraz ogłoszenia o wszczęciu postępowania konkursowego na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu  
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych   
i Administracji w Kielcach, akceptuję warunki konkursu oraz oświadczam, że spełniam określone   
w obowiązujących przepisach prawnych i specyfikacji szczegółowych warunków konkursu ofert warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, a w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów udzielającego zamówienie na powyższych warunkach.

……………………………………..

(data i podpis oferenta)