**FORMULARZ OFERTOWY**

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych ramach oddziału chirurgii w zakresie**: chirurgii szczękowo-twarzowej** dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i  Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła, ul. Wojska Polskiego 51.

# **Dane świadczeniodawcy:**

1. Imię i nazwisko/nazwa podmiotu oraz imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych w imieniu podmiotu: …………………………………………………………….......................
2. Siedziba:…………………………………………………………………………………………………………………….
3. Prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą:

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. NIP………………………………………… REGON……………………………………………………………………..
2. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą…………………………
3. Specjalizacja: …………………………………………………….………………………………
4. Tytuł naukowy: …………………………………………………………………………………
5. Adres poczty internetowej(e-mail) ;………………………………………………nr tel.:…………………………

# **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.

# **Określenie stawki za udzielone świadczenie.**

Określenie stawki za udzielone świadczenie w % wartości za wykonane procedury w ramach umowy podpisanej z NFZ przez Udzielającego zamówienie (proponowana stawka nie może przekraczać 20% zawartego kontraktu).

**…………%**

# **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.
  6. Kopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych lub oświadczenie o zobowiązaniu się do jej przedłożenia przy podpisywaniu umowy z Udzielającym zamówienia

# **Numer konta bankowego:**

………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią specyfikacji oraz ogłoszenia o wszczęciu postępowania konkursowego na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii 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 świadczeniodawcy)