**FORMULARZ OFERTOWY**

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza **w specjalizacji chorób wewnętrznych** w  ramach **Oddziału Chorób Wewnętrznych** dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła, ul.  Wojska Polskiego 51, w okresie od **01-01-2024 r. do 31-12-2025 r.**

# **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.**

Stawka brutto za wykonywane świadczeń zdrowotnych dla lekarza w ramach oddziału chorób wewnętrznych i izby przyjęć wynosi: ……………(słownie: ……………………...............……....) za jedną godzinę świadczenia zdrowotnego.

Stawka w kwocie brutto za godzinę specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia chorób wewnętrznych winna mieścić się w granicach:

* od 160,00zł do180,00 zł (brutto) dla lekarza z specjalisty.
* od 120,00 zł do 140,00 zł (brutto) dla lekarza w trakcie specjalizacji

# **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 ramach Oddziału Chorób Wewnętrznych w zakresie chorób wewnętrznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i  Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła II;
* 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)