Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY W KONKURSIE OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE:
psychiatrii

Imię i nazwisko/nazwa …….....

PESEL …… nr prawa wykonywania zawodu ……...

*Nr KRS …….....

*Wpis do CEIDG jako ….....…….....

*NIP……. *REGON ….....

*adres praktyki lekarskiej/siedziba ……..…….....

nr telefonu ……

nr rachunku bankowego …….……..….....

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w oddziałach Wojewódzkiego Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

…….....….....……..
(*wysokość proponowanej stawki godzinowej brutto – w tym:*

…….....….....…….
***wyszczególnienie wysokości stawki godzinowej brutto dla lekarza zatrudnionego u Udzielającego Zamówienie na umowę o pracę)*

…….....….....……..
(ilość godzin w miesiącu)

Zobowiązuję się do wykonywania **obowiązków lekarza psychiatry** w Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim SP ZOZ w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne zgodnie z treścią ogłoszenia o konkursie ofert w zakresie psychiatrii z dnia 27 listopada 2019 r. w oparciu o regulacje ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019., poz.537 ze zm.).

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy, z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm.), ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 poz. 1373 ze zm.) oraz przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019., poz.537 ze zm.).

…..... …....
miejscowość i data *podpis*

* dotyczy podmiotów prowadzących działalność leczniczą (nie dotyczy osób fizycznych)
** dotyczy lekarza zatrudnionego u Udzielającego Zamówienie na umowę o pracę