**FORMULARZ OFERTY**

**Dane Oferenta:**

Nazwa (firma) /Imię i nazwisko: ...............................................................................................................

Siedziba/m-ce zam.: …………………………………………………………................................................ kod....................................ul. ..............................................................................................................

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres siedziby): ....................................... kod.................... ul.............................................................

Województwo:....................................nr telefonu/fa x……….…………......................................................

http:// ..................................................... e-mail: .......................................................................................

NIP:……………..……………………………………… REGON: ……………………..………………………..

Osoba upoważniona do kontaktów:.............................................................tel. ........................................

**Dane Udzielającego Zamówienia:**

**Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.**

**ul. Kościuszki 28**

**09-402 Płock**

**Przedmiot oferty**

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w zakresie zgodnym z Ogłoszeniem,

***w zakresie zadania nr …………………………… (wypełnia Oferent, nr zgodny z ogłoszeniem, np. I.1.)***

Wartość oferty zostanie wyliczona na podstawie szacowanych przez Udzielającego Zamówienia ilości świadczeń i cen zaoferowanych przez Oferenta.

**Oferowana cena**

Oferowane wynagrodzenie wynosi:

……………………. zł (słownie:……………………………………………………..) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń

Oferent oświadcza, iż:

1. zapoznał się z ogłoszeniem o konkursie, a także z projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń do ich treści,
2. zapoznał się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty,
3. akceptuje załączony wzór umowy i w razie wyboru jego oferty zobowiązuje się do podpisania umowy na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. spełnia wszystkie warunki stawiane w ogłoszeniu,
5. wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
6. gwarantuje ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty,
7. uważa się za związanego ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert,
8. uwzględnił w cenie jednostkowej brutto wszystkie koszty niezbędne do realizacji świadczenia zdrowotnego,
9. nie ma podpisanego kontraktu z NFZ na prowadzenie prywatnej praktyki - w przypadku posiadania prywatnej praktyki,
10. nie ciąży na nim wyrok Sądów Powszechnych ani Sądów Lekarskich i nie toczy się przeciwko niemu żadne postępowanie przygotowawcze w zakresie prawa wykonywania zawodu lekarza
11. nie została z nim rozwiązana umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta przez oddział wojewódzki NFZ.
12. **Załączniki:**

* wypełniony i podpisany formularz oferty
* kopię prawa wykonywania zawodu\*
* kopie dokumentów potwierdzających uzyskanie specjalizacji z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego lub kopie dokumentów potwierdzających ukończenie kursu kwalifikacyjnego   
  z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego\*
* kopię dokumentów potwierdzających uprawnienia do przetaczania krwi\*
* kopię polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy
* kopia dokumentu potwierdzającego wpis do właściwego rejestru praktyk pielęgniarskich\*
* zaświadczenie od lekarza profilaktyka o zdolności do pracy
* dokument potwierdzający odbycie szkolenia okresowego z zakresu bhp
* odpis aktualny z właściwego rejestru KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wydane nie wcześniej niż 6 miesięcy przed terminem składania ofert\*

*\*skreślić jeżeli nie dotyczy*

…………………………………………….

Miejscowość i data

………………………………………………………….

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta