Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

FORMULARZ OFERTOWY

**konkursu ofert na**

**realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznych porad ambulatoryjnych dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sulejówku**

## Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

Nazwa/Imię i nazwisko: ..................................................................................................................
Miejsce zam.: .......................................kod....................ul..............................................................
Województwo:.....................................nr telefonu/fax ………….…………..............................................
e-mail: .........................................................................................................................................
Dowód osobisty \* seria ……. numer …………. wydany przez……………………………………………………………
PESEL \*…………………………………………….. NIP ………………………………………..

Prowadzący/a działalność gospodarczą pod nazwą …………………………………………………………………
Z siedzibą .......................................kod....................ul...................................................................
NIP ……………………………………….. http:// .............................................................................................
Osoba upoważniona do kontaktów:.................................................................tel. ................................................

## (\*) – informacje wymagane dla osób nieprowadzących działalności gospodarczej

## Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Nazwa: **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Sulejówku**

Siedziba: **ul. idzikowskiego 7b, 05-070 sulejówek,**

Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielania specjalistycznych porad ambulatoryjnych z następujących specjalizacji: ……………………………………………………………dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sulejówku

1. Składam ofertę udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym – w Zakresie: …………… przez …………… (*podać ilu*) lekarza/y,
2. Zobowiązuje się świadczyć usługę zgodnie z załączonym formularzem cenowym, na zasadach określonych w Ogłoszeniu i załącznikach do niego.
3. Termin realizacji zamówienia: 1.01.2015 r. do 31.12.2017 r.
4. Termin płatności: Realizacja należności następować będzie przelewem w terminie 30 dni od daty złożenia poprawnie wystawionej faktury Udzielającemu Zamówienia, na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie wskazany na fakturze/rachunku.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 2 do Ogłoszenia i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
6. Oświadczam, że termin związania ofertą wynosi 30 dni.
7. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w pkt 4 Ogłoszenia

– na dowód czego:

\* w załączeniu przedstawiam dokumenty, o których mowa w pkt 5 Ogłoszenia; oświadczam przy tym, że dane zawarte w złożonych dokumentach są aktualne na dzień składania ofert.

\*\* w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się przedłożyć dokumenty, o których mowa w pkt 5.1-5.6 powyżej, przed podpisaniem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych

*ad \*i \*\* – niepotrzebny punkt skreślić.*

1. Oświadczam że posiadam doświadczenie zawodowe w poradni …………….. i zobowiązuję się udokumentować spełnienie wymogu określonego w pkt 4.2 Ogłoszenia na żądanie Udzielającego Zamówienia.
2. Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz aktualne szkolenie w zakresie BHP – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 4 Ogłoszenia.
3. Ofertę niniejszą składam na zapisanych ........... kolejno ponumerowanych i podpisanych stronach.
4. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1) ……………………… 3)………………………

2) …………………….. 4) ……………………..

……................., dnia ………………..

 ............................................................

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

FORMULARZ CENOWY

**konkursu ofert na**

**realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznych porad ambulatoryjnych dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sulejówku**

Udzielający Zamówienia:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulejówku

Ul. Idzikowskiego 7B

05-070 Sulejówek

Nazwa/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:

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

Adres Przyjmującego Zamówienie:

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

**Formularz cenowy**

**Oferowana cena**

Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym – w Zakresie: ……………, Przyjmujący Zamówienie oferuje następujące stawki:

**PORADA AMBULATORYJNA - ……………% ceny brutto świadczenia wypłacanego przez NFZ lub innego płatnika.**

Udzielający Zamówienia dopuszcza złożenie oferty z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

….…………………………………..

 *(podpis Przyjmującego Zamówienie)*