

**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 18 października 2021 r. w oparciu o regulacje ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r., poz. 790 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 2021 r., poz. 711 ze zm.), ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 poz. 1285 ze zm.) oraz przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021., poz.790 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