Wysokie Mazowieckie , dnia …..... r.

Projekt nr RPO.02.05..00-20-001/17 pn.: „ Wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców Podlasia oraz wzrost wykrywalności raka jelita grubego poprzez zwiększenie liczby osób objętych badaniami kolonoskopowymi ” realizowany w ramach RPOWP na lata 2014-2020.

Formularz - O F E R T A

NAZWA WYKONAWCY……

ADRES WYKONAWCY ……

Nr telefonu/faks ……

ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ (E-MAIL) ……

OSOBA DO KONTAKTU:……

Przystępując do KONKURSU na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: **udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badań endoskopowych przewodu pokarmowego – anestezjologia.**

oferuję realizację przedmiotu konkursu na zasadach określonych w projekcie Umowy - na następujących warunkach cenowych obejmujących wartość brutto za pacjenta znieczulonego :

zakres	**Rodzaj świadczenia**		Stawka podatku VAT (jeśli dotyczy)	**WARTOŚĆ brutto**
I	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badań endoskopowych przewodu pokarmowego – **znieczulenie pacjenta, w tym konsultacja anestezjologiczna – stawka za pacjenta**			

1. Podana cena obejmuje wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.

1. Oświadczam/y*, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia, „Materiałami informacyjnymi wraz ze szczegółowymi warunkami konkursu, ich załącznikami oraz projektem umowy ” i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam/y*, że posiadam/y* niezbędną wiedzę i doświadczenie do przeprowadzania badań będących przedmiotem konkursu oraz prowadzę/imy* kontrolę w zakresie jakości ich wykonania.
3. Oświadczam/y*, że projekty umów/ istotne warunki umowy* zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.
4. W okresie obowiązywania umowy ceny nie ulegną zmianie. Zmiana podatku VAT następuje z mocy prawa.
5. Proponowany czas trwania umowy-……..
6. Deklaruję/my* termin związania ofertą – 30 dni od upływu terminu składania ofert.

7. **Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:**

a) dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu
b) kopie dyplomu ukończenia studiów wyższych
c) zezwolenie na wykonywanie Indywidualnej specjalistycznej Praktyki Lekarskiej,
d) zaświadczenie o wpisie do rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich,
e) dokumenty potwierdzające kwalifikacje do wykonywania badań endoskopowych - anestezjologia
f) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
g) zaświadczenie o nadaniu nr REGON i nr NIP,
h) ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia usług medycznych

Całość oferty składam na …… kolejno ponumerowanych stronach.

**niepotrzebne skreślić*

…… ……

(miejscowość, data) (podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

.....

Pieczęć firmy

<u>OŚWIADCZENIE</u>

Oświadczam, iż wszystkie załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a także zobowiązuję się przed podpisaniem umowy do dostarczenia zaświadczenia lekarskiego o zdolności do udzielania świadczeń oraz orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych.

Wyrażam zgodę na przetworzenie moich danych osobowych w myśl przepisów Rozporządzenia Rady Europy (RODO)

…….. ……

(miejscowość, data) (podpis upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy)