

.....  
*pieczęć Oferenta*

....., dnia .....

Samodzielny Publiczny Miejski  
Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej  
w Sanoku  
ul. Jana Pawła II 38

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompetencji lekarza POZ dla potrzeb pacjentów SPMZPOZ w Sanoku.**

1. ....  
*(imię i nazwisko Oferenta)*

oświadczam, iż zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie, który obejmuje przejęcie obowiązków na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompetencji lekarza POZ dla potrzeb pacjentów SPMZPOZ w Sanoku i składam stosowną ofertę.

**DANE O OFERENCIE:**

2.1. Imię i nazwisko: .....  
.....

2.2. Adres: .....  
.....

2.3. Forma prowadzenia działalności z podaniem pełnej nazwy i miejsca prowadzenia działalności, numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu lub podanie informacji o rozpoczęciu procedury rejestracji działalności: .....  
.....  
.....

2.4. Wskazanie kwalifikacji zawodowych (potwierdzonych niezbędną dokumentacją: dyplom, prawo wykonywania zawodu, zezwolenia na prowadzenie indywidualnej praktyki lekarskiej) .....  
.....  
.....

3. Określenie miejsca wykonywania usługi.....

.....

4. Proponowana stawka za realizację świadczenia zdrowotnego - podać procent z iloczynu pacjentów wpisanych na listę aktywną do Przyjmującego zamówienie i stawki kapitałowej i współczynników korygujących dla odpowiednich grup wiekowych ustalonych przez NFZ (z wyłączeniem kwot przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń przez NFZ lub Ministerstwo Zdrowia) - maksymalnie 50%.

.....

5. Okres na który składana jest oferta, odpowiadający okresowi, na który zostanie zawarta umowa

.....

6. Zobowiązuję się do solidarnego pełnienia zastępstw za nieobecnych w danej placówce lekarzy, niezależnie od formy zatrudnienia.

7. Inne informacje .....

8. Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie ..... ponumerowanych i spiętych stron.

....., dnia .....

.....  
*podpis i pieczęć Oferenta*

Załączniki do oferty:

- 1) oświadczenie Oferenta - załącznik nr 1,
- 2) aktualny odpis z właściwego rejestru i/albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej odpis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej\*,
- 3) aktualna umowa ubezpieczenia OC, zgodna z wymogami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866)\*,
- 4) dokumentacja potwierdzająca posiadanie kwalifikacji niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia\*.

....., dnia .....

.....  
*podpis i pieczęć Oferenta*

\* - o ile dokumenty te nie znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienie

.....  
*pieczęć Oferenta*

## **Oświadczenie Oferenta**

Przystępując do udziału w postępowaniu konkursowym na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, którego przedmiotem jest świadczenie usług w zakresie kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

oświadczam, że:

1. znana mi jest treść przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1194 z późn. zm.),
2. znana jest mi treść Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 79/2022/DSOZ z dnia 29 czerwca 2022 r.,
3. znana jest mi treść Ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 27 października 2017 r. (t.j. Dz. U. z 2022, poz. 2527),
4. znana mi jest treść umowy na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie lekarz POZ,
5. posiadam(y) uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia,
6. w ramach prowadzonej indywidualnej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em\*,

....., dnia .....

*(miejsowość)*

.....  
*podpis i pieczęć osoby  
uprawnionej do składania  
oświadczenia*