**Załącznik nr 3**

Warszawa dnia …............

**Dyrektor**

**Przychodni Lekarskiej WAT SPZOZ**

**ul. Kartezjusza 2**

**01-493 Warszawa**

## OFERTA

## NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### W PRACOWNI RADIOLOGII I DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ RTG ORAZ USG

Nawiązując do udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych wymienionych w Materiałach Informacyjnych w zakresie **radiologii i** **diagnostyki obrazowej – badanie USG (jamy brzusznej, jąder, tarczycy, prostaty), badanie USG – echo serca, opis zdjęć RTG**, składam następującą ofertę:

**Dane:**

**Dane:**

Imię i Nazwisko .......................................................................

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

adres: indywidualnej praktyki lekarskiej

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

adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z miejscem zamieszkania)

nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….……………………….

Nr REGON: ………………………………………..

PESEL: .................................................................

1. Niniejszym oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych **w Pracowni Radiologii i Diagnostyki Obrazowej** jestem:

osobą fizyczną, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

Nr prawa wykonywania zawodu..................................................

Specjalizacja, stopień specjalizacji ...............................................

Nr rejestracyjny specjalizacji .......................................................

/data uzyskania – dokumentu/

Łączny staż zawodowy w danej dziedzinie ........................................................

/ilość lat – dokumenty/

Wpis do rejestru indywidualnej praktyki lekarskiej Nr …………….………OIL, WIL

Wpis do ewidencji o działalności gospodarczej TAK/NIE \* .......…………………………l

\*niepotrzebne skreślić

(**aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej**)

Numer polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej: …………………….

wydanej przez …………………………………………………………………………..

/nazwa zakładu ubezpiecz./

suma ubezpieczenia:.............................. .

Osoba upoważniona do złożenia oferty w imieniu oferenta - ………………………..

………………………………………………………………………………………………

(imię nazwisko, rodzaj i nr dokumentu tożsamości)

1. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami w gabinecie, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne i jego wyposażeniem, także z dokumentami Konkursu na zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne: z Regulaminem Konkursu Ofert, Ogłoszeniem, ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, Materiałami Informacyjnymi w **Pracowni Radiologii i Diagnostyki Obrazowej - Pracowni USG**, na które składam ofertę i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.
2. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach

Poniedziałek od……………..do……………

Wtorek od .................. do .................

Środa od .................. do .................

Czwartek od .................. do .................

Piątek od………………do…………..

1. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w **Pracowni Radiologii i Diagnostyki Obrazowej RTG oraz USG na okres od 01.01.2025 r. do 31.12.2027 r.**
2. Za realizację świadczeń zdrowotnych w **Pracowni Radiologii i Diagnostyki Obrazowej RTG oraz USG** oczekuję wynagrodzenia w następującej wysokości:

- badania USG (jamy brzusznej, jąder, prostaty)………………,00 zł brutto za 1 badanie

- badanie USG echo serca ……………….,00 zł brutto za 1 badanie

- opis zdjęć RTG ……………….,00 zł brutto za 1 opis

1. Przyjmuję do wiadomości, że za świadczenia zdrowotne komercyjne Przyjmujący zamówienie będzie otrzymywał wynagrodzenie w wysokości - 60% od osiągniętego w danym miesiącu przychodu z wykonanych świadczeń zdrowotnych (wpłat do kasy Przychodni).
2. Zobowiązuję się do przyjęcia pełnej współodpowiedzialności za przydzielony mi gabinet i powierzone mienie wraz z pozostałymi użytkownikami tego gabinetu.
3. Oświadczam, że samodzielnie będę rozliczał(ła) się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
4. Kserokopie aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych i zawodowych: (dyplom/y; zaświadczenie uzyskania specjalizacji; prawo wykonywania zawodu; oświadczenie o przebiegu kariery zawodowej; wpis do rejestru indywidualnej praktyki lekarskiej; zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej; polisa OC, oświadczenie o posiadaniu aktualnego orzeczenia lekarskiego, zaświadczenia o przeszkoleniu bhp oraz zaświadczenia sanitarno-epidemiologicznego, oświadczenia o niekaralności i zobowiązaniu do przestrzegania Standardów ochrony małoletnich, obowiązujących w Przychodni Lekarskiej Wojskowej Akademii Technicznej Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Warszawie, informacja z Krajowego Rejestru Karnego - może być złożona najpóźniej w dniu podpisania umowy, lub inne dokumenty) – załączam i potwierdzam ich zgodność z oryginałem.
5. Ponadto do oferty załączam Oświadczenie o posiadaniu aktualnego zaświadczenia sanitarno-epidemiologicznego, aktualnego orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzającego brak przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy stanowiącej przedmiot umowy, aktualnego zaświadczenia   
   o przeszkoleniu w zakresie bhp oraz do przedstawienia kserokopii ww. dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem na każde żądanie Udzielającego Zamówienia.
6. Oświadczam, że znane mi są przepisy wymienione w Materiałach Informacyjnych
7. Do oferty załączam: ................ załączników (podpisanych przeze mnie z adnotacją za godność”) na .................. stronach.

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

data podpis /pieczątka oferenta

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych