**Załącznik nr 3**

Warszawa dnia …............

**Dyrektor**

**Przychodni Lekarskiej WAT SP ZOZ**

**ul. Kartezjusza 2**

**01-493 Warszawa**

## OFERTA

## NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### W PORADNI ENDOKRYNOLOGICZNEJ

Nawiązując do udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych wymienionych w Materiałach Informacyjnych w zakresie **Poradni Endokrynologicznej**, składam następującą ofertę:

**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 Poradni Endokrynologicznej** jestem:

osobą fizyczną, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń

zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

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

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

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

/data uzyskania – dokumentu/

1. 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 \*...................................,

\*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 (o ile dotyczy)- ………………………..

(imię nazwisko, rodzaj i nr dokumentu tożsamości)

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam 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 zakresie Poradni Endokrynologicznej, 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 zakresie **Poradni Endokrynologicznej**, **na okres od 01.01.2025 r. do 31.12.2027 r.**
2. Za realizację świadczeń zdrowotnych w **Poradni Endokrynologicznej w zakresie endokrynologii/endokrynologiczno – ginekologicznej**\* oczekuję wynagrodzenia w następującej wysokości:

\*niepotrzebne skreślić

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Proponowana miesięczna ilość punktów** | **Maksymalna cena za 1 pkt proponowana przez PL WAT SPZOZ w zł** | **Oferowana**  **cena** za 1 pkt **w zł** |
| Cena za 1 punkt:  świadczenie ogólne, pierwszorazowe | **………………** | **1,06** | …………… |
| świadczenie onkologiczne z wydaniem karty onkologicznej *(wstępna lub pogłębiona)* | **Ilość świadczeń wg potrzeb** | **60,00** | Nie podlega ocenie |

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). Koszty badań wykonywanych w ramach świadczeń odpłatnych ponosi pacjent, zgodnie z cennikiem obowiązującym w PL WAT SPZOZ w Warszawie. .
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.

.

1. Oświadczam, że znane mi są przepisy wymienione Materiałach Informacyjnych
2. 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.