**Załącznik nr 3**

Warszawa dnia …............

**Dyrektor**

**Przychodni Lekarskiej WAT SPZOZ**

**ul. Kartezjusza 2**

**01-493 Warszawa**

## OFERTA

## NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### W PORADNI NEUROLOGICZNEJ

Nawiązując do udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych wymienionych w Materiałach Informacyjnych w zakresie **Poradni Neurologicznej**, 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 Neurologicznej** 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\* ..................................., \*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) - ……………………….. ……………………………………. (i*mię 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 zakresie **Poradni Neurologicznej**, 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 Neurologicznej**, na okres **od 01.01.2025 r. do 31.12.2027 r.**
2. Za realizację świadczeń zdrowotnych w **Poradni Neurologicznej** oczekuję wynagrodzenia w następującej wysokości:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Proponowana miesięczna ilość punktów** **w świadczeniach ogólnych i pierwszorazowych** | **Maksymalna cena proponowana przez PL WAT SPZOZ w zł** | **Oferowana**  **cena** **w zł** |
| Cena za 1 punkt  Świadczenie ogólne i  pierwszorazowe | **…………** | **0,90** | ………… |
| Świadczenie onkologiczne z wydaniem karty onkologicznej (*wstępna lub pogłębiona)* | Liczba świadczeń wg potrzeb**-** | **60,00** |  |

1. Przyjmuję do wiadomości, że za świadczenia zdrowotne komercyjne będę 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.
5. Oświadczam, że znane mi są przepisy wymienione w Materiałach Informacyjnych
6. 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

\*niepotrzebne skreślić