

Pieczęć Oferenta:

1 Wojskowy Szpital Kliniczny
z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Lublinie
20-049 Lublin, Al. Raławickie 23

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie endokrynologii lub lekarza posiadającego specjalizację z diabetologii oraz chorób wewnętrznych w 1 WSzKzP SP ZOZ w Lublinie, 20-049 Lublin, Al. Raławickie 23

☐ **w Poradni Endokrynologicznej**

- w dni robocze

- wg potrzeb Udzielającego Zamówienia zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym wspólnie z Kierownikiem Polikliniki

☐ **udzielanie konsultacji specjalistycznych**

I. Dane Oferenta:

1) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą

.....
.....

2) Zarejestrowany w CEIDG, KRS*

3) Imię i nazwisko

4) PESEL

5) Nr prawa wykonywania zawodu

6) NIP

REGON

7) Adres zamieszkania

8) Tel. do kontaktu

9) e-mail, na który będzie wysyłana korespondencja

II. Kwalifikacje zawodowe Oferenta:

(zaznaczyć krzyżykiem)

a) Specjalizacja w dziedzinie endokrynologii

☐

b) Specjalizacja w dziedzinie diabetologii oraz chorób wewnętrznych oraz 5 letni staż pracy na Oddziale Endokrynologicznym

☐

III. Doświadczenie w pracy /udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie endokrynologii lub lekarza posiadającego specjalizację z diabetologii oraz chorób wewnętrznych

(zaznaczyć krzyżykiem)

a) 1-5 lat

☐

b) 6-15 lat

☐

c) powyżej 15 lat

☐

IV. Ciągłość świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z Udzielającym Zamówienia tożsamyh z przedmiotem niniejszego postępowania

(zaznaczyć krzyżykiem)

Znak sprawy: ZP/K/15/2025

a) Tak ☐

b) Nie ☐

V. Oferta cenowa na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie endokrynologii lub lekarza posiadającego specjalizację z diabetologii oraz chorób wewnętrznych

a) w Poradni

✓ % (słownie procent:) wartości procedury medycznej wykonanej w poradni, określonej w umowie przez NFZ

b) zł (słownie złotych:) brutto za 1 konsultację specjalistyczną

VI. Proponowana liczba godzin udzielania świadczeń miesięcznie na rzecz Udzielającego Zamówienie:

Poradnia:

(zaznaczyć krzyżykiem)

a) zgodnie z potrzebami UZ ☐

b) w dniach i godzinach zaproponowanych przez Oferenta ☐

VII. Oświadczenie Oferenta:

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych we wzorze umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie.
3. Oświadczam, że posiadam możliwość wykonania świadczeń na warunkach podanych w materiałach konkursowych oraz wzorze umowy.
4. Oświadczam, że posiadam możliwość realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami NFZ i poddam się kontroli prowadzonej przez NFZ oraz Udzielającego Zamówienie.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oferta została złożona na stronach.
7. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

-
-
-
-
-
-
-

Data

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

**niepotrzebne skreślić*