**Załącznik nr 3**

Warszawa dnia …............

**Dyrektor**

**Przychodni Lekarskiej WAT SPZOZ**

**ul. Kartezjusza 2**

**01-493 Warszawa**

## OFERTA

## NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### W PORADNI DERMATOLOGICZNEJ

Nawiązując do udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych wymienionych w Materiałach Informacyjnych w zakresie **Poradni Dermatologicznej**, 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 Poradni Dermatologicznej** 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 zakresie **Poradni Dermatologii**, na które składam ofertę i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.
2. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach

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

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

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

1. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie **Poradni Dermatologii** **na okres od 25.01.2024 r. do 31.02.2024 r.** z możliwością jej przedłużania na kolejny oznaczony termin, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Za realizację świadczeń zdrowotnych w poradni **Dermatologicznej** oczekuję wynagrodzenia w następującej wysokości:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Proponowana miesięczna ilość punktów** | **Maksymalna cena proponowana przez PL WAT SP ZOZ w zł** | **Proponowana**  **cena** **za 1 punkt w zł** |
| Cena za 1 punkt w świadczeniach ogólnych i pierwszorazowych |  | **0,80** | …….. |

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). Wszelkie koszty komercyjnych świadczeń zdrowotnych będę pokrywał/a sam/a.
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 lub inne dokumenty)

– załączam i potwierdzam ich zgodność z oryginałem.

1. Zobowiązuję się do dostarczenia ewentualnie brakujących dokumentów najpóźniej w terminie 3 dni od daty podpisania umowy, a także do wykupienia nowej polisy w wysokości określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 1729), po upływie terminu ważności dostarczonej polisy.
2. Oświadczam, że znane mi są przepisy wymienione w Materiałach Informacyjnych
3. 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