

**Formularz ofertowy**  
**KONKURS OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**NA RZECZ PACJENTÓW**  
**OŚRODKA TERAPII NERWIC DLA DZIECI I MŁODZIEŻY**  
**Z SIEDZIBĄ W ORZESZU**

1. Oferent: .....
2. Adres Oferenta: .....
3. Nr telefonu: .....
4. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej: .....
5. REGON: .....
6. NIP: .....
7. Nazwa banku oraz nr rachunku:.....
8. Nr umowy ubezpieczeniowej: .....
9. Okres obowiązywania umowy ubezpieczeniowej: .....
10. Posiadane kwalifikacje (specjalizacja):.....

Wymagane kwalifikacje	Cena – brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych obejmująca całkowite koszty w szczególności należności publicznoprawne	Wymiar etatu (do wykazania w NFZ)
1	2	3
Specjalista psychiatra lub specjalista psychiatra dzieci i młodzieży lub lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży		

.....  
**(podpis i pieczęć Oferenta)**

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.
2. Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.
3. Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania.
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży z siedzibą w Orzeszu dla potrzeb przedmiotowego postępowania konkursowego oraz realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Ośrodku Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży z siedzibą w Orzeszu.
5. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią klauzuli informacyjnej dla osób uczestniczących w postępowaniu konkursowym.

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

- nie toczy się przeciwko mnie postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej,
- nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o izbach lekarskich,
- nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu, albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....  
(*podpis i pieczęć Oferenta*)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Ośrodka Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży z siedzibą w Orzeszu przedkładam dokumenty w formie kserokopii, a to:

- aktualna na czas trwania umowy, umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
- dokument potwierdzający wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
- dyplom ukończenia studiów,
- prawo wykonywania zawodu lekarza,
- dyplom uzyskania tytułu specjalisty lub karta szkolenia specjalizacyjnego.

Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....  
*(podpis i pieczęć Oferenta)*

**Załącznik nr 5 do SzWKO**

.....  
(Nazwisko oraz imię składającego oświadczenie)  
PESEL :

Orzesze dnia .....

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że wyrażam gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy w **Ośrodku Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży z siedzibą w Orzeszu** w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym Rehabilitacyjnym dla Dzieci, w zakresie miesięcznego wymiaru przedstawionego w ofercie oraz wykazanego do NFZ, wynoszącym: ..... etatu.

.....  
Podpis osoby składającej oświadczenie