…………………………………… Stargard, dnia ……………...

(imię i nazwisko)

……………………………………

(adres)

……………………………………………

(numer wpisu do właściwego rejestru

i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

**WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA**

**PRZYCHODNIA LEKARSKA SP ZOZ**

**AL. ŻOŁNIERZA NR 37**

**73-110 STARGARD**

**OFERTA**

**na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych**

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **Podstawowej Opieki Zdrowotnej**

1. **Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.**
2. Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego Udzielającego zamówienie.
3. Proponowana kwota należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych za okres od **02.01.2020r. do 31.12.2022r.** ………………………… złotych brutto za jedną godzinę pracy.
4. W ramach wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 3, Przyjmujący zamówienie ma obowiązek do udzielania świadczeń zdrowotnych zwartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24.09.2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019r., poz. 736).
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
6. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
7. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych, które załączam do oferty:
8. dyplom,
9. prawo wykonywania zawodu,
10. polisa ubezpieczeniowa,
11. decyzja w sprawie upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy,
12. zaświadczenie o numerze identyfikacji REGON lub wyciąg z CEIDG,
13. zaświadczenie o wpisie do rejestru Indywidualnych Specjalistycznych Praktyk Lekarskich.
14. Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.

………………………… (pieczątka i podpis)