

**OFERTA KONKURSOWA
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Świadczenie usług medycznych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni Urologicznej w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Trzciance.

I. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO) i nie wnoszę zastrzeżeń.

II. OFERENT:

Nazwa podmiotu:

Adres:

NIP:

REGON:

KRS:

III. Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia objętym SWKO w zakresie: Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni Urologicznej w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Trzciance:

- za cenę określoną, jako% od rozliczonego i zapłaconego z NFZ świadczenia w poradni urologicznej (1 punkt), za świadczenia rozliczone z NFZ uważa się udzielone świadczenia prawidłowo sprawozdane w systemie informatycznym Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance, za świadczenia zapłacone uważa się świadczenia, za które NFZ dokonał zapłaty Szpitalowi Powiatowemu im. Jana Pawła II w Trzciance

- proponuję godziny udzielania przez Oferenta świadczeń objętych przedmiotem konkursu:

1. poniedziałek: godzin,

2. wtorek:godzin,

3. środa: godzin,

4. czwartek: godzin,

5. piątek: godzin.

- termin płatności (zaznacz właściwe):

a) wynagrodzenie płatne w terminie do 21 dni – (TAK/NIE)

b) wynagrodzenie płatne w terminie powyżej 21 dni – (TAK/NIE)

V. Czas trwania umowy: od 22.04.2025 roku do 30.06.2027 roku

VI. Oferta obejmuje wykonywanie czynności zgodnie z projektem umowy stanowiącej załącznik nr 2 SWKO.

VII. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 2 do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuje się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach.

VIII. Załączniki do niniejszej oferty:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradni urologicznej w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Trzciance.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis Oferenta)