

_____, dnia _____

.....
*/nazwa podmiotu wykonującego
działalność leczniczą /*

.....
/adres, siedziba/

.....
*/ nr księgi rejestrowej podmiotów
wykonujących działalność leczniczą /*

**KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 2
im. ŚW. JADWIGI KRÓLOWEJ W RZESZOWIE
ul. Lwowska 60; 35-301 Rzeszów**

oferta o udzielenie zamówienia na całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie otolaryngologii w Poradni Otolaryngologicznej Przychodni Specjalistycznej dla Dorosłych oraz udzielenie konsultacji i wykonywanie pilnych zabiegów na rzecz pacjentów hospitalizowanych w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie

Zgłaszam ofertę na udzielanie zamówienia na świadczenia **zamówienia na całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie otolaryngologii w Poradni Otolaryngologicznej Przychodni Specjalistycznej dla Dorosłych oraz udzielenie konsultacji i wykonywanie pilnych zabiegów na rzecz pacjentów hospitalizowanych w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie.**

1. Za realizację zamówienia oczekuję następującej należności :

1.1. Z tytułu udzielania świadczeń objętych niniejszą umową Przyjmujący Zamówienie otrzymywał będzie wynagrodzenie miesięczne w wysokości.....

1.2. za wykonany pilny zabieg otolaryngologiczny Przyjmujący Zamówienie otrzymywał będzie dodatkowo wynagrodzenie w wysokości wartości procedury medycznej (wg kodu JGP) rozliczonej i zapłaconej przez NFZ.

2. Powyższe świadczenia wykonywane będą w pomieszczeniach Udzielającego Zamówienia i przy wykorzystaniu sprzętu i aparatury medycznej oraz wyposażenia pomieszczeń określonych szczegółowo w odrębnej umowie.

3. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia 1.07.2021r. na okres 24 miesięcy.

4. Oświadczam, że zapoznałem się z przepisami Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2020, 295).

5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem uzgodnionym z Udzielającym Zamówienia.

6. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

7. Na potwierdzenie faktów, o których mowa w pkt.6 przedkładam w załączeniu odpisy / kserokopie / potwierdzone za zgodność z oryginałem przez uprawnione podmioty, aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych, a to:

1/.....

2/.....

3/.....

4/.....

5/.....

6/.....

.....

/ wymienić jakie /

8. Oświadczam, że rozliczam się z odpowiednim Urzędem Skarbowym, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych oraz ponoszę wszelkie inne obciążenia związane z prowadzoną przez siebie działalnością leczniczą i ponoszę ryzyko gospodarcze związane z prowadzeniem tej działalności.

9. Na okoliczność wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z w/w zakresu w uzgodnionym terminie pod rygorem odpowiedzialności za ewentualne szkody jakie może ponieść Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie w przypadku nie zawarcia ze mną w/w umowy.

/pieczętka i podpis /