**FORMULARZ OFERY**

***Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania badań rtg przez technika radiologii***

1. Oferent ...............................................................................................................

2. Adres oferenta ..............................................................................................................................

3. Nr telefonu .............................................................................................................................

4.Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej .............................................................................................................................

5.REGON …..................................................

6. NIP ….........................................................

10.Nazwa banku oraz nr rachunku

..................................................................................................

11. Nr polisy ubezpieczeniowej .......................................................................................................

12. Okres obowiązywania polisy ......................................................................................................

13. Kontakt e-mail...................................................................................................................

**Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresiewykonywania zdjęć rtg**  w okresie od 02.01.2016 do 31.12.2016

**Deklaruje gotowość do świadczenia usług na poziomie jak niżej:**

**Liczba punktów w podziale na miesiące i kwartały w zakresie wykonywania zdjęć rtg w dni powszednie w godzinach pracy pracowni rtg 7.00-18.00**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2016 |  |  |  |  |  |  | Razem kwartał liczba punktów |
| I kwartał | Styczeń |  | Luty |  | Marzec |  |  |
| II kwartał | Kwiecień |  | Maj |  | Czerwiec |  |  |
| III kwartał | Lipiec |  | sierpień |  | wrzesień |  |  |
| IV kwartał | Październik |  | Listopad |  | Grudzień |  |  |

Razem w roku 2016 : ....................................................................................punktów

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości : .................................zł brutto za punkt

**Liczba punktów w podziale na miesiące i kwartały w zakresie wykonywania zdjęć rtg w dni powszednie w 18.00-22.00 oraz soboty, niedziele i święta w godz.8.00-22.00**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2016 |  |  |  |  |  |  | Razem kwartał liczba punktów |
| I kwartał | Styczeń |  | Luty |  | Marzec |  |  |
| II kwartał | Kwiecień |  | Maj |  | Czerwiec |  |  |
| III kwartał | Lipiec |  | sierpień |  | wrzesień |  |  |
| IV kwartał | Październik |  | Listopad |  | Grudzień |  |  |

Razem w roku 2016 : ....................................................................................punktów

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości : .................................zł brutto za punk

**Oferuje wykonywanie niniejszych świadczeń w dni i godziny dostępności pracowni dla pacjentów oraz w ramach dyżuru zgodnie z grafikiem pracy.**

**Oświadczenie.**

1)**Oświadczam, że** zapoznałem się z treścią ogłoszenia ,szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń **oraz** z przepisami ustawy z dnia 15.04.2011

o działalności leczniczej /Dz.U 2015 poz.618 . /

2) **Oświadczam, że** *( oferent wpisuje jestem ,nie jestem )*

..................................................pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu lub zawieszony /a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym .

3) **Oświadczam, że** pracuję w :

1. …................................................................................................................................................... na podstawie umowy o prace,\* umowy cywilno -prawnej\*; w dniach i godzinach

….................................................................................................................................................................................

2….............................................................................................................................................. na podstawie umowy o prace,\* umowy cywilno -prawnej\*; w dniach i godzinach

…................................................................................................................................................................................

3. …............................................................................................................................................... na podstawie umowy o prace,\* umowy cywilno -prawnej\*; w dniach i godzinach

….................................................................................................................................................................................

* zaznacz właściwe

Załączniki do oferty:

 Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia wraz z informacją, że nie zgłasza do niego żadnych zastrzeżeń oraz z przepisami ustawy z dnia 15.04.2012 o działalności leczniczej /Dz.U 2015poz.905/

 Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikację do udzielania świadczeń zdrowotnych, takich jak: dyplom ukończenia uczelni, specjalizacje, prawo wykonywania zawodu oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i uprawnienia.

 polisa ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami lub oświadczenie oferenta o zawarciu takiej polisy z obowiązkiem przedłożenia jej w dniu podpisywania umowy.

 kopia dokumentów potwierdzających nadanie numeru NIP i REGON .

 Kopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku na jakie składana jest oferta.

 kopia aktualnego orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych.

 oświadczenie o niekaralności za przestępstwa i o braku toczących się postępowań karnych przeciwko oferentowi.

Chrzanów ,dnia........................................ …...................................................

podpis oferenta