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

(pieczątka wykonawcy)

**Namysłowskie Centrum Zdrowia Spółka Akcyjna**

**ul. Oleśnicka 4**

**46 - 100 Namysłów**

**O F E R T A**

Wykonawca (pełna nazwa zgodnie z właściwym rejestrem): ...................................................... .......................................................................................................................................................

REGON: .......................................................... NIP: ………………………………………….

kod: ........................ miejscowość: .....................................................................

województwo: .......................................................... powiat: ......................................................

ul. ................................................................. nr domu ......................... nr lokalu ........................

internet: http:// .................................................... e-mail: ............................................................

numer kierunkowy .................. tel. ............................................. fax ..........................................

Bank i nr rachunku: …………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania: .................................................................................................................... .......................................................................................................................................................

Nr prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania:

…………………………………………………………………………………………………

Posiadane specjalizacje i daty uzyskania specjalizacji oraz rozpoczęte specjalizacje:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Osoba do kontaktów: …………………………………………. Tel.: ……………..………….

przystępując do udziału w ogłoszonym **postępowaniu w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych lekarskich w oddziale wewnętrznym.**

1. Oferuję wykonanie zamówienia w zakresie objętym ogłoszeniem i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO):

**Lekarz Oddziału Wewnętrznego i Lekarz Dyżurujący**

**Ryczałt miesięczny wynosi:**

#### kwotę brutto: .................. zł za (słownie złotych: .....................................................................

**Ryczałt za 1 godzinę dyżuru wynosi:**

#### kwotę brutto: .................. zł za (słownie złotych: .....................................................................

1. Termin realizacji zamówienia (umów): **od podpisania umowy do 31.01.2018 r.**
2. Warunki płatności: Płatności dokonywane będą przelewem z dołu w terminie 14 dni od doręczenia Zamawiającemu poprawnie wystawionych po zakończeniu miesiąca kalendarzowego rachunków lub faktur wraz z wykazem wykonanych usług zaakceptowanych przez Pełnomocnika Dyrektora na Oddziale.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia i Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO) i nie wnoszę w tyn zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że uzyskałem/łam konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonywania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że uważam się za związanego/ną niniejszą ofertą na okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oświadczam, że nie ciąży na mnie wyrok sądów karnych / sadów dyscyplinarnych.
8. Oświadczam, że nie toczy się przeciwko mnie postepowanie karne / dyscyplinarne.
9. Oświadczam, że dołączony do ogłoszenia projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany bez zastrzeżeń i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji – zgodnie ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 roku , poz. 922 z późn. zmianami).
11. Załącznikami do niniejszej oferty są:
12. dyplom ukończenia szkoły medycznej o odpowiednim kierunku,
13. dyplom / dyplomy potwierdzające uzyskanie tytułu specjalisty i / lub karta specjalizacyjna i oświadczenie o kontynuacji leczenia w wymaganym kierunku (jeśli Wykonawca nie posiada dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty),
14. prawo do wykonywania zawodu lekarza,
15. wpis do rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich (właściwa Izba Lekarska),
16. opłacona polisa OC (co najmniej na kwotę określoną we właściwych przepisach szczególnych),
17. aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
18. pełnomocnictwo - w przypadku, gdy Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik, posiadające zakres i podpisane przez osoby reprezentujące wykonawcę \*,
19. ..........................................................................................................................................
20. ...........................................................................................................................................

\* niepotrzebne skreślić

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

(podpis osoby uprawnionej)