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

miejscowość, data

Gmina Miejska Kraków

Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie

(nazwa i adres Zamawiającego)

**O F E R TA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom doprowadzonym do wytrzeźwienia do Miejskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie w zakresie objętym przedmiotem konkursu w siedzibie Zleceniodawcy.**

Imię.............................................................................................................................................

Nazwisko....................................................................................................................................

PESEL........................................................................................................................................

Nr prawa wykonywania zawodu.................................................................................................

Specjalizacja, stopień specjalizacji.............................................................................................

Nr rejestr. podmiotu wykonującego działalność leczniczą OIL …………....................................

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej....................................................................

NIP...............................................................REGON..................................................................

Adres zamieszkania ……………………......................................................................................

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

Adres korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania)......................................

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

Tel. kontaktowy ..........................................................................................................................

Przedmiotem niniejszej oferty jest świadczenie usług w siedzibie udzielającego zamówienia zgodnie z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Zamawiającego oraz przy użyciu sprzętu należącego do Zamawiającego.
3. Prowadzi działalność leczniczą w dziedzinie ....................................................................., zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w OIL zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) lub zobowiązuje się do przedłużenia polisy OC na okres obowiązywania umowy.
6. Posiada uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty
7. Deklaracja ofertowa:

Proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

za godzinę brutto: .....………. …………………….......

8. Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb postępowania konkursowego i, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Poświadczona kopia dokumentów dotyczących wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej –*zał. nr 1*
2. Poświadczona kopia nadania numeru REGON – *zał. nr 2*
3. Poświadczona kopia nadania numeru NIP – *zał. nr 3*
4. Kopie dokumentów (dyplom, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadana specjalizacji) –*zał. nr 4a, 4b, 4c itd.)*
5. Kserokopia polisy OClub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy – *zał. nr 5*

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

(*podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty*)