**Załącznik nr 3**

Warszawa dnia …............

**Dyrektor**

**Przychodni Lekarskiej WAT SPZOZ**

**ul. Kartezjusza 2**

**01-480 Warszawa**

## OFERTA

## NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### W PORADNI STOMATOLOGICZNEJ:

### w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych dla dorosłych\*/ dla dzieci\*

**w zakresie ortodoncji\***

\*niepotrzebne skreślić

Nawiązując do udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych wymienionych w Materiałach Informacyjnych **w Poradni Stomatologicznej** w zakresie ……………………………………………………………., składam następującą ofertę:

**Dane:**

Imię i Nazwisko .......................................................................

adres: indywidualnej praktyki lekarskiej ………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z miejscem zamieszkania) .................

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

nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….……………………….

Nr REGON: ………………………………………..

PESEL: .................................................................

1. Niniejszym oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych **w Poradni Stomatologicznej** w zakresie …………………………………………………………….,

jestem:

osobą fizyczną, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń

zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

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

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

Nr rejestracyjny specjalizacji .......................................................

/data uzyskania – dokumentu/

Łączny staż zawodowy w danej dziedzinie ........................................................

/ilość lat – dokumenty/

Wpis do rejestru indywidualnej praktyki lekarskiej Nr …………….. OIL, WIL

Wpis do ewidencji o działalności gospodarczej (TAK/NIE \*)...................................,

(**aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej)**

Numer polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej: …………………….

wydanej przez …………………………………………………………………………..

/nazwa zakładu ubezpiecz./

suma ubezpieczenia:.............................. .

Wynik Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego -..................................

*(o ile dotyczy)*

Osoba upoważniona do złożenia oferty w imieniu oferenta (o ile dotyczy) -

- ………………………………………………………………………………………………

(imię nazwisko, rodzaj i nr dokumentu tożsamości)

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem przeprowadzania konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w PL WAT SPZOZ, ogłoszeniem o konkursie ofert, ze Szczegółowymi Warunkami konkursu ofert, Materiałami Informacyjnymi i projektem umowy w zakresie **Poradni Stomatologicznej,** na które składam ofertę i nie wnoszę do wymienionych dokumentów żadnych zastrzeżeń.
2. Zapoznałem się z warunkami w gabinecie, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne i jego wyposażeniem i zobowiązuję się do przyjęcia pełnej współodpowiedzialności za powierzone mienie wraz z pozostałymi użytkownikami tego gabinetu.

4. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu materiałów medycznych stomatologicznych, niezbędnych w procesie udzielenia świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy, zakupionych przez siebie samodzielnie, odpowiadających obowiązującym normom tj.: wiertła, wypełnienia, środki do znieczulenia, masy wyciskowe, kubki jednorazowe, końcówki do ślinociągów

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach

Poniedziałek od .................. do .................

Wtorek od .................. do .................

Środa od .................. do .................

Czwartek od .................. do .................

Piątek od .................. do .................

Sobota od .................. do .................

1. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne **w Poradni Stomatologicznej w zakresie ……………………………………..** na okres **od 01.01.2025 r. do 31.12.2027 r**..
2. Za realizację świadczeń zdrowotnych w **Poradni Stomatologicznej w zakresie j.w.,** oczekuję wynagrodzenia w następującej wysokości:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres świadczeń** | **MaksymalnaCena za punkt w PLN** | **Proponowana miesięczna ilość pkt** | **Oferowana cena za punkt** |
| Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dorosłych | 0,90 zł/pkt |  |  |
| Świadczenie protetyczne w ramach stomatologii ogólnej (należy wykonać min.1 protezę w miesiącu) | 1,00 zł/pkt |  |  |
| Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci | 0,90 zł/pkt |  |  |
| Ortodoncja | 1,20 zł/pkt |  |  |

1. Za świadczenia zdrowotne udzielane w ramach komercyjnych usług protetycznych będę otrzymywał – 85 % od wartości określonej procedury oraz 72% od zysku z pozostałych procedur komercyjnych. Wszelkie koszty komercyjnych prac protetycznych będę pokrywał/a sam/a. Koszty badań wykonywanych w ramach świadczeń odpłatnych ponosi pacjent, zgodnie z cennikiem obowiązującym w PL WAT SPZOZ w Warszawie
2. Oświadczam, że samodzielnie będę rozliczał(ła) się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
3. Kserokopie aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych i zawodowych: dyplom/y; zaświadczenie uzyskania specjalizacji; prawo wykonywania zawodu; oświadczenie o przebiegu kariery zawodowej; wpis do rejestru indywidualnej praktyki lekarskiej; zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej; polisa OC, oświadczenie o posiadaniu aktualnego orzeczenia lekarskiego, zaświadczenia o przeszkoleniu bhp oraz zaświadczenia sanitarno -epidemiologicznego, oświadczenia o niekaralności i zobowiązaniu do przestrzegania Standardów ochrony małoletnich, obowiązujących w Przychodni Lekarskiej Wojskowej Akademii Technicznej Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Warszawie, informacja z Krajowego Rejestru Karnego - może być złożona najpóźniej w dniu podpisania umowy, lub inne dokumenty) – załączam i potwierdzam ich zgodność z oryginałem.
4. Oświadczam, że znane mi są przepisy wymienione w Materiałach Informacyjnych
5. Do oferty załączam: ................ załączników (podpisanych przeze mnie z adnotacją za zgodność”) na .................. stronach.

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

data podpis /pieczątka oferenta

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.