**ZAŁACZNIK Nr 3**

Warszawa dnia …............

**Dyrektor**

**Przychodni Lekarskiej WAT SPZOZ**

**ul. Kartezjusza 2**

**01-493 Warszawa**

## OFERTA

## NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### W PORADNI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA DZIECI/ DLA DOROSŁYCH\*

\*niepotrzebne skreślić

Nawiązując do udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych wymienionych w Materiałach Informacyjnych w zakresie **Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej** 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 w **Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej dla** **dzieci/dorosłych\*** 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 ..................................., prowadzonej przez: ………………………………………………………………l

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

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

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

/nazwa zakładu ubezpiecz./

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

Osoba upoważniona do złożenia oferty w imieniu oferenta:

………………………………………………………………………………………………

(imię nazwisko, rodzaj i nr dokumentu tożsamości)

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem przeprowadzania konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w PL WAT SP ZOZ, ogłoszeniem o konkursie ofert, ze Szczegółowymi Warunkami konkursu ofert, Materiałami Informacyjnymi i projektem umowy w zakresie w zakresie poradni POZ dla dzieci, na które składam ofertę i nie wnoszę do wymienionych dokumentów żadnych zastrzeżeń.
2. 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 .................

1. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie **Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej dla dzieci** **na okres od 01.01.2025 r. do 31.12.2027 r**.
2. Za realizację świadczeń zdrowotnych w poradni **podstawowej opieki zdrowotnej dla dzieci/dorosłych\*** oczekuję wynagrodzenia w następującej wysokości:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Maksymalne wartości proponowane przez PL WAT** | **Oferta lekarza** |
| Czas pracy | **120 godzin/miesiąc** | **……………godzin/miesiąc** |
| Stawka POZ dorośli | **190,00 zł/godzinę** | **………………zł/godzinę** |
| Stawka POZ dzieci | **200,00 zł/godzinę** | **…………………zł/godzinę** |

1. Za świadczenia zdrowotne komercyjne będę otrzymywał wynagrodzenie w wysokości - 60% od osiągniętego w danym miesiącu przychodu z wykonanych świadczeń zdrowotnych (wpłat do kasy Przychodni). 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, oświadczenia 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.
4. Oświadczam, że znane mi są przepisy w zakresie udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, wymienione w Materiałach Informacyjnych:
5. Do oferty załączam : ................ załączników (podpisanych przeze mnie z adnotacją „za zgodność z oryginałem”) na .................. stronach.

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

(miejscowość, data) (podpis /pieczątka oferenta)

\*niepotrzebne skreślić

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