*Załącznik nr 2 do Szczegółowych warunków konkursu*

Jedlec, dn……………………….

**FORMULARZ OFERTOWY**

……………………………………

/dane Oferenta/

…………………………………….

/adres/

……………………………………

**CRR KRUS w Jedlcu**

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w CRR KRUS w Jedlcu w rodzaju:

**a) Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna,**

b) **Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym**,

c) **Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych**,

realizowanych w ramach umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne refundowane przez NFZ.

d) **Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych oraz pełnienie dyżurów lekarskich**

realizowanych w ramach umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne refundowane przez NFZ i KRUS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa zakresu świadczeń** | **Ilość godzin tygodniowo** | **Cena za 1 godzinę pracy**  **(zł brutto)** |
| ***słownie:*** |
| a) Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna |  |  |
|  |
| b) Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym |  |  |
|  |
| c) Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych |  |  |
|  |
| d) Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych oraz pełnienie dyżurów lekarskich\* |  |  |
|  |
| Deklaruję swoją dyspozycyjność w udzielaniu świadczeń również w godzinach dopołudniowych pn-sob | |  | | --- | | **TAK** | | |  | | --- | | **NIE** | |
| \*Dyżur lekarski | 15.00 - 7.00 pn-so | Niedziela i święta 7.00 – 7.00 |

1. Zobowiązuje się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od ……………….r. do ………………….r.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia oraz Szczegółowymi warunkami konkursu.
3. Oświadczam, że posiadam wymagane kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert.
4. Jestem związany/a niniejsza ofertą przez okres 30 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.
5. Treść wzoru Umowy która jest załącznikiem do szczegółowych warunków konkursu została przeze mnie zaakceptowana i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora konkursu.

…………………………………………..

/pieczątka i podpis/

*Załączniki do oferty:*

1. Kserokopia ukończenia uczelni medycznej
2. Kserokopia prawa wykonywania zawodu
3. Kserokopie dokumentów potwierdzających uzyskanie/rozpoczęcie specjalizacji
4. Kserokopie uwierzytelnionych dokumentów:
5. NIP
6. Regon
7. Wypis z rejestru Wojewody
8. Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego
9. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
10. Zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej stwierdzające wpis do właściwego rejestru
11. Polisa OC lub pisemne zobowiązanie oferenta o przedstawieniu polisy OC najpóźniej w dniu podpisania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne
12. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętych konkursem ofert
13. Decyzja ZUS upoważniająca do wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy
14. Inne dokumenty:…………………………………………