*Załącznik nr 1 do SWKO*

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

O F E R T A

Postępowanie: **na świadczenia zdrowotne w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej funkcjonującej w ramach działalności Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczego w Łodzi z zakresu kardiologii w ramach opieki koordynowanej polegających na :**

**a) konsultacji lekarz - pacjent,**

**b) wykonywaniu badań ECHO serca przezklatkowego z opisem,**

**c) opisie badań wykonywanych metodą Holtera EKG,**

**d) opisie badań wykonywanych metodą Holtera RR.**

Oferent: .............................................………………………………………………………

*(pełna nazwa oferenta zgodna z treścią danych zawartych w CEIDG lub KRS działalności)*

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

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

…………………………….

Miejscowość, data

………………………….

*podpis i pieczątka oferenta)*

*Załącznik nr 2 do SWKO*

FORMULARZ OFERTY Oświadczenia/zobowiązania oferenta

Przystępując do konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej funkcjonującej w ramach działalności Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczego w Łodzi z zakresu kardiologii w ramach opieki koordynowanej polegających na :

a) konsultacji lekarz - pacjent,

b) wykonywaniu badań ECHO serca przezklatkowego z opisem,

c) opisie badań wykonywanych metodą Holtera EKG,

d) opisie badań wykonywanych metodą Holtera RR.

1. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.
2. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami wiedzy medycznej.
3. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty jakie Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczam, że:
5. zapoznałem się z treścią ogłoszenia i dokumentacją konkursową (SWKO wraz ze wszystkimi załącznikami i projektem umowy) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
6. otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
7. wyrażam, zgodę na przetwarzanie danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza i specjalizacji wyłącznie do celów postępowania konkursowego i realizacji umowy.

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

*( podpis i pieczątka oferenta)*

…………………………….

Miejscowość, data

*Załącznik nr 3 do SWKO*

………………………………………

………………………………………

………………………………………

(wpisać nazwę i adres oferenta)

Oferta cenowa

w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej funkcjonującej w ramach działalności Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczego w Łodzi z zakresu kardiologii w ramach opieki koordynowanej polegających na :

a) konsultacji lekarz - pacjent,

b) wykonywaniu badań ECHO serca przezklatkowego z opisem,

c) opisie badań wykonywanych metodą Holtera EKG,

d) opisie badań wykonywanych metodą Holtera RR.

Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczym w Łodzi, ul. Aleksandrowska 61/63, 91-205 Łódź w w/w zakresie, za wynagrodzeniem a)wynoszącym …………......……………………...zł

słownie .......................……………………………… zł)

za jedną konsultację .

b)wynoszącym …………......……………………...zł

słownie .......................……………………………… zł)

za jedno badanie Echo serca .

c)wynoszącym …………......……………………...zł

słownie .......................……………………………… zł)

za jeden opis badań wykonywanych metodą Holtera EKG .

d)wynoszącym …………......……………………...zł

słownie .......................……………………………… zł)

za jeden opis badań wykonywanych metodą Holtera RR.

Deklaruję świadczenie usług w wymiarze maksymalnie ......... godzin w miesiącu i w tym zakresie deklaruję swoją dostępność .

………………………….

………………..

Miejscowość, data Podpis i pieczątka oferenta

*Załącznik nr 4 do SWKO*

……………………………..

Miejscowość, data

Postępowanie: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej funkcjonującej w ramach działalności Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczego w Łodzi z zakresu kardiologii w ramach opieki koordynowanej polegających na :

a) konsultacji lekarz - pacjent,

b) wykonywaniu badań ECHO serca przezklatkowego z opisem,

c) opisie badań wykonywanych metodą Holtera EKG,

d) opisie badań wykonywanych metodą Holtera RR.

Dane osoby/pełnomocnika/przedstawiciela osoby ubiegającej się o świadczenie usług zdrowotnych:

* + 1. Imię i nazwisko -……………………....................................………………………..….;
    2. Adres zameldowania - …………………………....................................………………..;
    3. Adres dla korespondencji: ……………………...................................………………….;
    4. Pełna nazwa firmy, pod którą oferent prowadzi działalność gospodarczą:
    5. ………………..................................................................................................................

………………………………………………………………………………….………..;

* + 1. Adres wykonywania działalności gospodarczej - ……….................................................

.......................................................................................................................................;

* + 1. Telefon - ………………………………e-mail....................……..……….……..............;
    2. Posiadane uprawnienia - ………………………………..................................................

specjalizacja -.....................................…………………………………….......................

* + 1. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu; ……………………………..…

wydanego przez: ……………………………………………………………………..…;

* + 1. REGON - ………….......................................…………………………….................….;
    2. NIP - …………………………………………….......................................................….;
    3. PESEL - ………………………………………….......................................................…;
    4. Numer wpisu do rejestru praktyk lekarski……….……………………………………….

wydany przez Okręgową Izbę Lekarską /Wojskową Radę Lekarską w ……………………..……........................................................................................................

………………………….

*(Podpis i pieczątka oferenta)*