

.....  
(miejsowość, data)

**O F E R T A**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz**  
**Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego**  
**im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy**

Nazwa podmiotu.....

Adres podmiotu.....

Rodzaj podmiotu .....

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

KRS lub wpis do CEIDG .....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Osoba uprawniona do złożenia i podpisania oferty w imieniu podmiotu

.....  
Dane kontaktowe Oferenta:

Adres korespondencyjny.....

.....

Telefon/ fax ..... Adres e-mail .....

## OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z warunkami SWKO i nie wnosi uwag, co do jej treści;
2. Jako Przyjmujący Zamówienie przyjmuję termin płatności wskazany w projekcie umowy licząc od daty dostarczenia rachunku do siedziby Udzielającego Zamówienie za wykonane świadczenia zdrowotne;
3. Jako Przyjmujący Zamówienie posiada doświadczenie i zdolność do realizacji przedmiotu zamówienia z należytą starannością, z poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i zasadami etyki zawodowej, a w szczególności zgodnie z Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U z 2022.2561 z późn. zm.) oraz Umowami z Narodowym Funduszem Zdrowia i jego wymaganiami w zakresie będącym przedmiotem konkursu,
4. Jako Przyjmujący Zamówienie, wyraża zgodę na zawarcie umowy w zakresie:  
**udzielania świadczeń zdrowotnych przez psychiatrę specjalistę dzieci i młodzieży – Kierownik Oddziału Dziennego dla Osób z Autyzmem dziecięcym/psychiatrę specjalistę dzieci i młodzieży w Poradni dla Osób z Autyzmem Dziecięcym.**
5. Jako Przyjmujący Zamówienie, w przypadku nie złożenia w ofercie umowy ubezpieczenia OC udokumentuje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych,
6. Akceptuje zawarty w SWKO projekt umowy i zobowiązuję się w przypadku wyboru swojej oferty do zawarcia umowy na warunkach w niej określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie;
7. Podda się kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z warunkami umowy na świadczenie usług zdrowotnych zawartej pomiędzy Wojewódzkim Podkarpackim Szpitalem Psychiatrycznym im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy, a POW NFZ;
8. Znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia
9. Wyrażam zgodę na udostępnianie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy dla potrzeb konkursu oraz czynności niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – RODO oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018. 1000).

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

## OFERTA

Składam ofertę cenową na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży  
w Poradni Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży

1. Oddział Dzienny dla Osób z Autyzmem Dziecięcym:
  - poniedziałek: .....-.....
  - wtorek: .....-.....
  - czwartek: .....-.....
2. Poradnia dla Osób z Autyzmem Dziecięcym
  - poniedziałek: .....-.....
  - wtorek: .....-.....

Świadczenia wykonywane wg stawki ..... zł/godz. brutto

### ZAŁĄCZNIKI:

1. Kwalifikacje zawodowe w tym kserokopia prawa wykonywania zawodu.
2. Wydruk wpisu do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę.
3. Wydruk z KRS lub z CEIDG.
4. Kserokopia polisy OC
5. Upoważnienie do złożenia i podpisania oferty (w przypadku opisanych w pkt. 5 działu VII SWKO).

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

Dyrektor Szpitala  
*mgr inż. Maciej Kamiński*