.....,dnia.....

.....
pieczęć firmowa Oferenta z adresem

**FORMULARZ OFERTY**

**Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych lekarza psychiatry w zakresie konsultacji psychiatrycznych w Poradni Zdrowia Psychicznego w MWOMP w Płocku Oddział w Warszawie dla potrzeb Poradni Medycyny Pracy, Poradni Chorób Zawodowych, Poradni Konsultacyjnej Medycyny Pracy i Poradni dla Kierowców.**

1. Dane o Oferencie:
(wypełnić **a, b, c lub d)**

**a) dotyczy Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej**

Nazwa zakładu .....

Siedziba zakładu .....

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego .....

Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta .....

Telefon ..... Fax .....

**b) dotyczy przedsiębiorcy posiadającego status osoby prawnej**

Nazwa zakładu .....

Siedziba zakładu .....

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego .....

Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta .....

Telefon ..... Fax .....

**c) dotyczy przedsiębiorcy niebędącego osobą prawną**

Nazwa zakładu .....

Siedziba zakładu .....

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą .....

.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

.....

*Nazwa podmiotu posiadającego osobowość prawną, który utworzył podmiot leczniczy i adres jego siedziby oraz numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego

.....

*lub nazwa innego podmiotu (wraz z ich adresem lub siedzibą), który utworzył podmiot leczniczy – w przypadku, gdy jest nim osoba fizyczna lub osoby fizyczne działające w formie spółki cywilnej oraz status wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej

.....

.....

Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta .....

Telefon ..... Fax .....

* wypełnić właściwe

**d) indywidualna lub grupowa praktyka lekarska**

Imię i nazwisko oferenta (oferentów) .....

.....

Adres oferenta (oferentów) oraz adres gabinetu .....

.....

Telefon ..... Fax .....

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską .....

Status wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej .....

Numer prawa wykonywania zawodu .....

**2. Oświadczenia Oferenta:**

2.1 Oświadczam, ze zapoznałem się z treścią ogłoszenia Mazowieckiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w sprawie konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych dla MWOMP w Płocku Oddział w Warszawie.

2.2 Oświadczam, że wyrażam zgodę na związanie ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.

2.3 Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń, a w przypadku wyboru mojej oferty podpiszę umowę na warunkach

.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

określonych w istotnych postanowieniach umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego po otrzymaniu pisma akceptującego o wyborze.

2.4 Oświadczam, ze wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy do celów przeprowadzenia konkursu ofert i realizacji umowy w przypadku wyboru oferty.

**OFERTA CENOWA LEKARZA PSYCHIATRY**
**świadczenia zdrowotne w zakresie konsultacji psychiatrycznych**
**dla MWOMP w Płocku Oddział w Warszawie.**

1. Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza psychiatry dla MWOMP w Płocku Oddział w Warszawie za jednostkową stawkę w wysokości: .....brutto (słownie złotych: .....) za 1 konsultację.
2. Oświadczam, że podana w ofercie stawka za 1 konsultację nie ulegnie zmianie w okresie trwania umowy.
3. Wskazanie kwalifikacji zawodowych osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych:
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
4. Miejsce, dni i godziny udzielania świadczeń: MWOMP Oddział w Warszawie, Al. Wojska Polskiego 25, od poniedziałku do piątku (z wyłączeniem świąt i dni wolnych od pracy dla pracowników MWOMP) w godzinach pracy Oddziału MWOMP w Warszawie (7.25-18.00). Konsultacje wykonane będą w terminie ustalonym każdorazowo ze Zleceniodawcą.
5. Proponowany czas trwania umowy od dnia 1 lipca 2023 r. do dnia 30 czerwca 2026 r.

Załącznikami do niniejszej oferty są:

Kserokopie dokumentów poświadczone za zgodność z oryginałem potwierdzające:

- dane Oferenta wypełnione w punkcie 1 (a, b, c lub d) zgodne z otrzymanymi wytycznymi w sprawie sporządzenia oferty w konkursie ofert prowadzonym przez MWOMP na udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne;
- zawarcie umowy odpowiedzialności cywilnej oferenta;
- kwalifikacje i uprawnienia lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych (dyplom lekarza, specjalizacja w zakresie psychiatrii, prawo wykonywania zawodu lekarza).

1. .....
2. .....

.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....

.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)