

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu
Al. Legionów 10
41-902 Bytom**

OFERTA

**Na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w zakresie
Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni:**

- Dermatologicznej,**
- Gastrologicznej,**

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 4 w Bytomiu

1. Dane Oferenta:

NAZWA OFERENTA

ADRES

REGON..... NIP

PESEL.....

TEL.

ADRES MAIL.....

Proponuję następujące warunki :

.....% wartości świadczenia zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Prezesa NFZ w
zakresie AOS za świadczenia zrealizowane i zatwierdzone przez NFZ w danym miesiącu
rozliczeniowym w zakresie AOS w zakresie poradni

.....

Deklarowana ilość godzin pracy w Poradni

3. Okres na jaki została złożona oferta

.....

4. Oświadczam, że wzór załączonej umowy został przeze mnie zaakceptowany.
5. Oświadczam, że uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.
6. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z ogłoszeniem oraz „ Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
7. Oświadczam, że będę kontynuował /a ubezpieczenie OC w roku tj. do końca terminu obowiązywania przedmiotowej umowy.
8. Oświadczam, że stan prawny określony w dokumentach na dzień składania oferty nie uległ zmianie.
9. Do formularza oferty dołączam dokumenty zgodnie z punktem ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert”.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w zakresie realizacji konkursu na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

.....
miejsowość, data

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