Załącznik nr 2

**Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):

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

Numer wpisu do właściwego rejestru (właściwej Izby Pielęgniarskiej lub innego organu rejestrowego):

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

Regon:

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

NIP:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pesel:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Bank:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr rachunku bankowego:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres praktyki:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

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

Telefon:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fax:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania:

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

Niniejszym składam ofertę na przejęcie obowiązków w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w

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

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z art.140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147-150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi o konkursie ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z wzorem umowy i przyjmuję ja bez zastrzeżeń.

Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

**stawka miesięczna ryczałtowa brutto ………………**

oraz dodatkowe wynagrodzenie naliczane od zysku „bez nadlimitów” osiągniętego przez Zakład Medycyny Nuklearnej w kwartale (kalendarzowym) począwszy od IV kwartału 2015r., wynikającego ze sprawozdania kończący kwartał i wypłacana na podstawie odrębnej faktury. Zasady ustalenia wysokości dodatkowego wynagrodzenia określi Kierownik Zakładu Medycyny Nuklearnej w formie pisemnej przy akceptacji Udzielającego Zamówienie. przygotowanego przez Głównego Księgowego 4WSKzP. Wysokość przysługującego wynagrodzenia dodatkowego wyniesie od 2% do 6% w/w zysku z zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia miesiąca, gdzie zysk Zakładu przekroczy wartość 100 tys. zł., do naliczenia przyjmowany będzie zysk równy 100 tys. zł. Wysokość wynagrodzenia będzie ustalana przez Kierownika Zakładu niezwłocznie po otrzymaniu sprawozdania za miesiąc

**Proponuję zawarcie umowy na świadczenia zdrowotne w zakresie……………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………. na okres od …………………………….. do ………………......................**

1.Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

2.Zobowiązuję się do przedłożenia w ciągu 7 dni od dnia zawarcia umowy polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz. U. z 2011r. nr 293 poz. 1728).

3.Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

4.Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

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

Data ( pieczątka i podpis)