

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dotyczy: Postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin, ul. Północna 3, 20-064 Lublin.**

**1. Dane**

<b>Dane oferenta</b>
Imię:
Nazwisko:
PESEL:
Nr prawa wykonywania zawodu:
Specjalizacja w zakresie:
Nr dokumentu specjalizacji (nie dotyczy osób w trakcie specjalizacji):
Nr rejestru indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej:
NIP:
REGON:

Adres indywidualnej praktyki lekarskiej:
Adres do korespondencji:
Telefon:

## 2. Propozycja ofertowo-cenowa

1. Stawka (brutto) za godzinę udzielania świadczeń: ..... zł  
(słownie:.....)
2. Deklarowana liczba dyżurów w miesiącu: ..... (dyżur 12-godzinny).

## 3. Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o zamówieniu, istotnymi warunkami zamówienia („IWZ”) oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oferuję wykonywanie objętych ogłoszeniem świadczeń zdrowotnych na rzecz Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie, zgodnie z warunkami zawartymi w istotnych warunkach zamówienia oraz we wzorze umowy (zał. nr 4).
3. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych i utrzymam je przez okres obowiązywania umowy\* lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia z obowiązkiem przedłożenia jej w dniu ewentualnego podpisania umowy.\*
5. Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia.
6. Oświadczam, że z tytułu realizacji zamówienia WYŚLĘ / NIE WYŚLĘ\* (niepotrzebne skreślić) ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną w sposób, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 9 listopada 2018 r o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno – prywatnym (Dz. U. z 2020 r poz. 1666 t.j).

z uwzględnieniem właściwego numeru GLN Zamawiającego tj. 5907653871139.  
(UWAGA! Jeśli Wykonawca nie zaznaczy formy przekazania faktury Zamawiającemu, Zamawiający uzna, że faktura VAT będzie przekazywana w formie papierowej).

7. Oświadczam, że posiadam / nie posiadam (*niepotrzebne skreślić*) status czynnego podatnika VAT i w związku z tym jestem / nie jestem (*niepotrzebne skreślić*) wpisany na białą listę podatników VAT.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym dotyczącym przetwarzania danych osobowych (zał. nr 5).

**Załączniki:**

1. Poświadczona kopia wpisu do rejestru (specjalistycznych) indywidualnych praktyk lekarskich
2. Poświadczona kopia dyplomu lekarza
3. Poświadczone kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza
4. Poświadczone kopie dokumentów dotyczących posiadanych specjalizacji lub poświadczających odbywanie specjalizacji.
5. Poświadczona kopia polisy OC lub inny dowód zawarcia umowy ubezpieczenia OC (np. dowód uiszczenia składki).

.....

miejsowość, data

.....

pieczęć, podpis oferenta