

**Załącznik do Ogłoszenia**  
**Wójta Gminy Baboszewo z dnia 27 kwietnia 2018 r.**

**OFERTA**

Wynajmujący: **GMINA BABOSZEWO, ul. Warszawska 9A, 09-130 Baboszewo**

Oferent:

.....

( imię i nazwisko/ pełna nazwa )

.....

(adres miejsca zamieszkania/siedziby )

.....

( tel. fax, e - mail )

.....

( NIP, REGON, PESEL)

**OFERTA**

Nawiązując do ogłoszenia o pisemnym przetargu ograniczonym na najem budynku Ośrodka Zdrowia w Sarbiewie z przeznaczeniem na prowadzenie działalności w zakresie udzielania co najmniej podstawowych świadczeń zdrowotnych oferuję/my:

- a) Czynsz miesięczny brutto za nieruchomość - .....złotych brutto miesięcznie (słownie złotych:.....)
- 1. Deklaruję/my prowadzenie podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie minimalnym określonym przez Wynajmującego w ogłoszeniu o przetargu, w tym także świadczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej
- 2. Deklaruję/my prowadzenie bezpłatnych dodatkowych specjalistycznych usług zdrowotnych pożądaných przez Wynajmującego:

- b) doświadczenie zawodowe, kwalifikacje lekarza mającego wykonywać obowiązki lekarza pierwszego kontaktu:

Zaznaczyć właściwe (poprzez wybór znakiem „X”)

0-2 lat	[ ]
3-5 lat	[ ]
powyżej 5 lat	[ ]

- c) rozwój specjalistycznych świadczeń zdrowotnych

Lp.	lekarze specjaliści (wpisać specjalności)	Harmonogram pracy (w godzinach/ w dniach/ w tygodniach/ miesiąc)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

- d) opieka domowa dla pacjentów obłożnie chorych (niewłaściwe skreślić)

<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
------------	------------

3. Rejestracja pacjentów na określoną godzinę (niewłaściwe skreślić):

<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
------------	------------

4. Zapewnienie świadczenia usług w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w godzinach od 8:00 do 18:00

<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
------------	------------

5. Świadczenie usług w pełnych zakresie i wymiarze czasowym jako POZ (nie dopuszcza się możliwości utworzenia Filii POZ w budynku Ośrodka Zdrowia w Sarbiewie)

TAK	NIE
-----	-----

5. Wadium zostało wpłacone w kwocie .....  
zwrot wadium należy przesłać na rachunek bankowy nr .....  
.....
6. Oświadczam/my, że zapoznaliśmy się z ogłoszeniem o przetargu, jego warunkami i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczną informację i wyjaśnienia do przygotowania oferty.
7. Oferta wraz z załącznikami została złożona na ..... ponumerowanych stronach.
8. W przypadku konieczności udzielenia wyjaśnień dotyczących przedstawionej oferty prosimy o zwracanie się do:

Imię i nazwisko .....

tel. .... fax .....

..... , dnia .....2018 r

Miejscowość

.....

Podpis osoby (osób) upoważnionej do  
występowania w imieniu oferenta)

Załączniki:

- a) Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, jeżeli oferta składana jest przez podmiot podlegający wpisowi do KRS.
- b) CV lekarza, który wykonywał będzie obowiązki lekarza pierwszego kontaktu /zastrzeżenie: tajemnica przedsiębiorstwa/.
- c) Oświadczenie Oferenta o spełnianiu wymagań w zakresie posiadania co najmniej pięcioletniego doświadczenia w prowadzeniu działalności w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
- d) Oświadczenie lekarza pierwszego kontaktu, że w przypadku zawarcia umowy najmu podpisze umowę na świadczenie usług z Najemcą.
- e) Oświadczenie Oferenta, że podpisze umowę o świadczenie usług z lekarzem POZ.
- f) Oświadczenie Oferenta, że do dnia 21 maja 2018 r. wypełni wszelkie procedury rejestrowe wymagane do prawidłowego funkcjonowania podmiotu leczniczego (POZ).
- g) Szczegółowa informacja o sposobie zapewnienia co najmniej podstawowej opieki zdrowotnej.
- h) Szczegółowa informacja o sposobie zapewnienia innych świadczeń z zakresu ochrony zdrowia.