

Międzyrzecz, dnia.....

.....
(Pieczęć oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

I. INFORMACJE O OFERENCIE (WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY OFERTE):

Nazwa i adres praktyki

.....
.....

Reprezentowana przez:.....

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

.....

NIP..... REGON.....

Telefon..... adres e-mail.....

Numer prawa wykonywania zawodu

Stopień i dziedzina specjalizacji

.....

Dodatkowe kwalifikacje niezbędne przy udzielaniu świadczeń w wybranym poniżej zakresie

.....

II. PRZEDMIOT OFERTY (ZAZNACZYĆ „X”)

Udzielanie świadczeń zdrowotnych każdorazowo wg odrębnego miesięcznego harmonogramu*:

Kierowanie Oddziałem ;

III. OFEROWANE STAWKI ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE OBJĘTE POSTĘPOWANIEM KONKURSOWYM.

1. Kierowanie:

a) Oddziałemzł brutto miesięcznie;

OŚWIADCZENIE OFERENTA:

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert (SWKO) oraz warunkami przyszłej umowy i warunki te przyjmuje bez zastrzeżeń.
2. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
3. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni o daty terminu składania ofert oraz zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie określonym przez Udzielającego Zamówienie.
4. Ofertę niniejszą składałam na kolejno ponumerowanych stronach.
5. Załącznikami do niniejszego formularza oferty, stanowiącymi integralną część oferty są:

- a) wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
- b) wpis do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Okręgowych Izb Lekarskich;
- c) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
- d) dyplom ukończenia studiów;
- e) prawo wykonywania zawodu;
- f) dyplom/dyplomy specjalizacji lub kartę szkolenia specjalizacyjnego;
- g) w przypadku posiadania dyplom tytułu naukowego;
- h) zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy w tym badania epidemiologiczne;
- i) zaświadczenie o odbytych szkoleniach z zakresu BHP.

* harmonogram może nakładać obowiązek świadczenia usług jedynie w niektóre dni miesiąca.

** niepotrzebne skreślić.

.....
(Podpis i pieczęć oferenta)

Niniejszym oświadczam, iż dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne uprzednio złożone a znajdujące się w posiadaniu Udzielającego zamówienie, wykazane w Dziale Kadr i Płac Szpitala Międzyrzeckiego Sp. z o. o. w Międzyrzeczu – są nadal aktualne. W przypadku zmian zobowiązuje się dostarczyć aktualne dokumenty.

.....
(Podpis i pieczęć oferenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów ogłoszonego konkursu (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz. U. 2018 poz. 1000) oraz zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 (dalej ogólne rozporządzenie o ochronie danych lub „RODO”).

.....
(Podpis i pieczęć oferenta)