

Międzyrzecz, dnia.....

.....  
(Pieczęć oferenta)

### FORMULARZ OFERTOWY

#### I. INFORMACJE O OFERENCIE (WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY OFERTE):

1. 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;
- Opieka lekarska w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

#### III. OFEROWANE STAWKI ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE OBJĘTE POSTĘPOWANIEM KONKURSOWYM.

1. Kierowanie:

a) Oddziałem .....zł brutto miesięcznie;

2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni w godz. 07.30-15:30  
..... zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni w godz. od 15.30-07:30 dnia  
następnego ..... zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług w Szpitalnym Oddziale  
Ratunkowym wg stawki godzinowej;

4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień świąteczny i dzień wolny od pracy w godz.  
07.30 do 07.30 dnia następnego ..... zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług  
w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wg stawki godzinowej;

5. Deklarowana liczba godzin świadczenia usług w miesiącu:

a) Oddział.....

## 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 składam 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 obowiązkowo;
  - i) zaświadczenie o odbytych szkoleniu z zakresu BHP.

\* 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)