

Międzyrzecz, dnia.....

.....  
(Pieczęć oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY  
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\*:**

- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni w godz. 07.30-14.30 wg stawki godzinowej;
- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni w godz. od 14.30-07.30 dnia następnego wg stawki godzinowej;
- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień świąteczny i dzień wolny od pracy w godz. 07.30 do 07.30 dnia następnego wg stawki godzinowej;

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

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni w godzinach 07.30-14.30 ..... zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług;
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni w godz. od 14.30 - 07.30 dnia następnego ..... zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług;
3. 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,

4. Urlop..... dni przy świadczeniu usług w godzinach 07.30-14.30 dot. Oddziału AIIT - minimum 150 godzin w miesiącu.

### **OŚWIADCZENIE OFERENTA:**

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert (SWKO) oraz warunkami przyszłej umowy i warunki te przyjmuję 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 dacie terminu składania ofert oraz zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie określonym przez Udzielającego Zamówienie.
4. Ofertę niniejszą składałem 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 dyplomu 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)