

Międzyrzecz, dnia.....

.....
(Pieczęć oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

I. INFORMACJE O OFERENCIE (WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY OFERTE):

1. Nazwa i adres praktyki

.....
.....

Reprezentowana przez:.....

2. Wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....

.....

3. NIP..... REGON.....

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

5. Dyplom ukończenia szkoły.....

6. Kursy specjalistyczne/ specjalizacje*

7. Numer prawa wykonywania zawodu*.....

8. Prawo jazdy Kat.....

9. Zezwolenie na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi nr

.

II. PRZEDMIOT OFERTY (ZAZNACZYĆ „X”)

Udzielanie świadczeń zdrowotnych każdorazowo wg odrębnego miesięcznego harmonogramu*:

- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w dzień powszedni, niedziele, święta i dni wolne od pracy,
- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Ratownictwa Medycznego w dzień powszedni, niedziele, święta i dni wolne od pracy,
- Pełnienie dyżuru pod telefonem w gotowości do świadczenia usług w dzień powszedni , niedziele , święta dni wolne od pracy ,
- Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w trakcie pełnionego dyżuru pod telefonem.

III. Oferowane stawki za świadczenia zdrowotne objęte postępowaniem konkursowym.

1. zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług w trakcie pełnionego dyżuru w zespole ratownictwa medycznego w dzień powszedni , niedziele , święta i dni wolne od pracy;
2. zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług w trakcie pełnionego dyżuru w SOR w dzień powszedni , niedziele , święta i dni wolne od pracy;
- 3..... zł brutto za 1 godzinę pozostawania w gotowości do świadczenia usług;
4. zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług w trakcie pozostawania w gotowości do świadczenia usług ;

IV. 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 Zamawiającego.
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) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
- c) dyplom ukończenia szkoły/ studiów;
- d) prawo jazdy;
- e) zezwolenie na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi;
- f) dyplomy potwierdzające kwalifikacje/ prawo wykonywania zawodu;
- g) zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy w tym badania epidemiologiczne;
- h) zaświadczenie o odbytych szkoleniu z zakresu BHP.

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

** niepotrzebne skreślić.

.....
(Podpis i pieczęćka oferenta)

Niniejszym oświadczam, iż wszystkie 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 pieczęćka 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 pieczęćka oferenta)