Oznaczenie postępowania KO_3/2022

Załącznik nr 2
do SWKO

OFERTA

Wykonywanie usług fizjoterapeutycznych - masażu w Dziale Fizjoterapii oraz Oddziałach Szpitalnych w Szpitalu Międzyrzeckim Sp. z o.o. w Międzyrzeczu.

Pełna nazwa oferenta:

Imię i nazwisko		
Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej		
Adres	**Kod pocztowy**	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
NIP		
Nr telefonu		
Nr wpisu do rejestru		

Przedmiotem niniejszej oferty jest Wykonywanie usług fizjoterapeutycznych- masażu w Dziale Fizjoterapii oraz Oddziałach Szpitalnych w Szpitalu Międzyrzeckim Sp. z o.o. w Międzyrzeczu. w Szpitalu Międzyrzeckim Sp. z o.o. w Międzyrzeczu zgodnie z projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na świadczenie usług medycznych.

Oświadczam, że zapoznałem się/ zapoznałam się z przepisami ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej oraz regulaminem przeprowadzania konkursu ofert.

Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia

Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością zawodową i zasadami etyki zawodowej.

Oświadczam ,że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki pielęgniarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.

Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej i zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy na dzień podpisania umowy

Proponowany czas trwania umowy od ..... do .....

Do oferty załączam kserokopie następujących dokumentów (potwierdzone przez oferenta) :

1) wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
2) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej- obowiązkowo,
3) NIP;
4) REGON;
5) dyplom ukończenia szkoły/ studiów,
6) dyplomy potwierdzające kwalifikacje
7) zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy w tym badania epidemiologiczne- obowiązkowo,
8) zaświadczenie o odbytym szkoleniu z zakresu BHP- obowiązkowo;
9) prawo wykonywania zawodu.

…….. ……

(miejscowość i data) (podpis oferenta)

* niepotrzebne skreślić