

Międzyrzecz, dnia.....

.....
(Pieczęć oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

I. INFORMACJE O OFERENCIE (WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY OFERTE):

1. Nazwa i adres praktyki

.....
.....

Reprezentowana przez:.....

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

.....

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

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

5. w przypadku osoby świadczącej usługi na rzecz Oferenta imię i nazwisko tej osoby lub tych osób**.....

6. Numer prawa wykonywania zawodu (oferenta lub osoby wykonującej usługi na rzecz oferenta)

.....

7. Stopień i dziedzina specjalizacji (oferenta lub osoby wykonującej usługi na rzecz oferenta)

.....

8. Dodatkowe kwalifikacje niezbędne przy udzielaniu świadczeń w wybranym poniżej zakresie oferenta lub osoby wykonującej usługi na rzecz oferenta).....

.....

II. PRZEDMIOT OFERTY (ZAZNACZYĆ „X”)

Udzielanie świadczeń zdrowotnych każdorazowo wg odrębnego miesięcznego harmonogramu*:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni_w godz. od 07.30-15:30 ZRM wg stawki godzinowej;

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni w godz. od 15.30-07:30, dnia następnego wg stawki godzinowej;

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

Inne.....(podać jakie)

III. OFEROWANE STAWKI ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE OBJĘTE POSTĘPOWANIEM KONKURSOWYM.

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni w godzinach 07.30-15:30 ZRM.....
zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług;
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni w godz. od 15.30-07:30 ZRM 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. Inne.....(podać jakie)
5. Deklarowana liczba godzin świadczenia usług w miesiącu:
 - a) ZRM.....

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 dacie 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 Izbach 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 szkoleniu z zakresu BHP.

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

**Wypełnić w przypadku gdyby osoba Oferenta i Świadczącego usługi na rzecz Udzielającego Zamówienia nie jest tożsama.

.....
(Podpis i pieczęćka 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 Międzyzrzeskiego Sp. z o. .o. w Międzyzrzeczu – są nadal aktualne.

W przypadku zmian zobowiązuje się dostarczyć aktualne dokumenty.

.....
(Podpis i pieczęćka oferenta)