

Formularz oferty

I. Formularz oferty

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczęcią Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lekarza													
Rodzaj praktyki lekarskiej				Nr prawa wykonywania zawodu									
Organ prowadzący rejestr (nazwa okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)				Nr księgi rejestrowej									
Adres zamieszkania													
Kraj				Miejscowość									
Kod pocztowy				Pocztą									
Ulica				Nr domu				Nr lokalu					
E-mail				telefon				fax					
Adres do korespondencji													
Kraj				Miejscowość									
Kod pocztowy				Pocztą									
Ulica				Nr domu				Nr lokalu					
Działalność gospodarcza													
Nazwa firmy								Siedziba					
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)							-				-		

III. Oferowana kwota wynagrodzenia:

1. Za realizację miesięcznego zamówienia proponuję stawkę w wysokości:

1) ZADANIE NR 1: zł brutto za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji (dyżur medyczny) w Oddziale Internistycznym i Geriatrycznym w SP ZOZ we Włodawie

2. Proponowana liczba godzin udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych poza normalną ordynacją (dyżur medyczny) przez Przyjmującego Zamówienie wynosi godzin miesięcznie.

**** Poradnia:**

- wartość ilości punktowej nie obejmuje współczynników ilościowych przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla Szpitala (np. Akredytacja, ISO i inne)

4. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych:

- poniedziałek – od godziny do godziny,
- wtorek - od godziny do godziny,
- środa - od godziny do godziny,
- czwartek - od godziny do godziny,
- piątek - od godziny do godziny,
- sobota - od godziny do godziny

IV . Oświadczenie:

- ← 1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
- ← 2. Oferuję termin płatności dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
- ← 3. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
- ← 4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu Przyjmującego Zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- ← 5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na możliwość przedłużenia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w drodze aneksu o kolejne 12 miesięcy po upływie terminu jej obowiązywania.
- ← 6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
- ← 7. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz załącznikami nr 3 i 4 i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- ← 8. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
- ← 9. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
- ← 10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- ← 11. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
- ← 12. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienia harmonogramem.

VI. Do oferty załączam:

1. odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*,
2. aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego/wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*,
3. umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) *,
4. prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,
5. dyplom lekarza,
6. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji/zaświadczenie o odbywaniu specjalizacji/karta szkolenia specjalizacyjnego):
 - 1)
 - 2)
 - 3)
7. (*inne dokumenty – wskazać jakie*).

*-niewłaściwe skreślić

.....
(pieczęć i podpis Przyjmującego Zamówienie)

.....
(miejscowość i data)