

FORMULARZ OFERTY

Dane oferenta:

Nazwa i siedziba zakładu lub imię i nazwisko

.....
.....
.....

Adres i numer telefonu

.....
.....
.....

(należy wypełnić obowiązkowo)

Numer wpisu do Rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich

.....

Nr NIP Nr REGON

PESEL

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Powiatowym w Chmielniku w zakresie:

1. w dziedzinie chorób wewnętrznych w formie dyżurów pełnionych w dni powszednie i świąteczne* ,
2. w dziedzinie chirurgii ogólnej w formie dyżurów pełnionych w dni powszednie i świąteczne* ,
3. w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w formie dyżurów pełnionych w dni powszednie i świąteczne* .

Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków łączności Udzielającego Zamówienia.

Za realizację zamówienia udzielania świadczeń zdrowotnych proponuję wynagrodzenie w wysokości brutto:

1. za 1 godzinę dyżuru pełnionego w dni powszednie w kwocie zł, (słownie złotych:)
2. za 1 godzinę dyżuru pełnionego w dni wolne od pracy, niedziele i święta w kwocie brutto zł (słownie złotych:).

w okresie od dnia 01.01.2015 roku.

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią:
 - Ogłoszenia o konkursie,
 - „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert”,
 - projektem umowy
- i nie zgłaszam w tym zakresie zastrzeżeń.

2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Szpitala Powiatowego w Chmielniku w okresie od 01.01.2015 roku (lub późniejszym – ustalonym z Dyrektorem Szpitala) na okres nie krótszy niż 3 miesiące z możliwością przedłużenia umowy aneksem.
3. Na dzień 01.01.2015 roku lub później w zależności od daty podpisania umowy nie jestem związany umową o pracę z Szpitalem Powiatowym w Chmielniku w takim samym zakresie.
4. Świadczenia medyczne dla zakresu świadczeń zdrowotnych określone umową wykonywać będzie w ilości przeciętnej nie mniejszej niż:
 - dyżurów pełnionych w dni powszednie,
 -dyżurów pełnionych w dni wolne od pracy, niedziele i święta
 (należy wskazać minimalną liczbę deklarowanych dyżurów) w dniach określonych w harmonogramie dyżurów i w związku z powyższym upoważniam Udzielającego Zamówienia do wykazywania wyżej podanych informacji w dokumentach i informacjach przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia.
5. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
6. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen za wykonywane świadczenia zdrowotne.
9. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) zgodnie z obowiązującymi aktualnie przepisami. (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na dzień podpisania umowy.).
10. Oferuję termin płatności dni (minimum 14 dni) od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego zamówienia.

.....

(data i podpis Oferenta)

Załączniki:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

* -niepotrzebne skreślić