

FORMULARZ OFERTOWY

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu.

Dane oferenta:

Imię i nazwisko oferenta

.....

Nazwa oferenta zgodnie z danymi rejestrowymi

.....

Adres siedziby firmy:

Ulica i numer:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Numer telefonu:

NIP:

REGON:

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby firmy):

Ulica i numer:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Oferuję udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w formie gotowości (dyżur pod telefonem) do udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Medycyny Paliatywnej wraz z Hospicjum Domowym.

Proponowana przez Oferenta:

- Wysokość stawki w kwocie brutto (w zł) za 1 godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych/udzielania świadczeń zdrowotnych:
- Minimalna ilość godzin:

1. Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć):

- oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, umowy oraz szczegółowymi warunkami ofert na formularzu stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszych warunków,

- aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS, a dla podmiotów nie podlegających wpisowi KRS – aktualny wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej,
- Aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866) lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
- dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe poświadczone za zgodność z oryginałem: dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji w danej dziedzinie, bądź kartę szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji w toku, zaświadczenie o odbytych kursach i szkoleniach, certyfikaty,
- certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta – dotyczy oddziałów zabiegowych,
- w przypadku wykonywania badań i zabiegów będących przedmiotem umowy – udokumentowane doświadczenie w zakresie ich wykonywania,
- zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych, a w przypadku lekarzy dyscyplin zabiegowych dodatkowo wpis o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń w narażeniu na promieniowanie elektromagnetyczne i jonizujące,
- aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- zaświadczenie o odbytym szkoleniu okresowym bhp,
- pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta,
- inne, (jakie?).....
.....
.....
.....
.....

Będąc świadomym konsekwencji wynikającym z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym

data, podpis i pieczęć Oferenta