

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym dyżurów medycznych przez lekarzy w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Szpitalu SP ZOZ MSWiA w Lublinie

I. Informacje ogólne

1. Dane Oferenta	
Imię	
Nazwisko:	
Pesel	
Nr prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja w zakresie	
Staż pracy w zawodzie	
Dodatkowe kwalifikacje	
2. Dane dotyczące prowadzonej działalności gospodarczej	
Nazwa Oferenta (według wpisu do właściwego rejestru)	
Adres siedziby prowadzonej działalności	
Forma prowadzonej działalności	
Nr księgi rejestrowej	
NIP	
Regon	

3. Dane kontaktowe	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji	
Nr telefonu	
Email	

II. Propozycja ofertowo-cenowa:

- 1) 1) Za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w systemie podstawowym zł brutto
(słownie:.....)
- 2) Za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego, przy przepracowaniu do 80 godzin w ciągu miesiąca.....zł brutto
(słownie:.....)
- 3) Za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego, przy przepracowaniu powyżej 80 godzin w ciągu miesiącazł brutto
(słownie:.....)
- 4) Za każdą godzinę jednoosobowego udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego, przez Przyjmującego zamówienie, jeżeli z przyczyn obiektywnych brak jest możliwości zapewnienia dwuosobowej obsady lekarskiej OAiT.....zł brutto.
(słownie:.....)

III. Oświadczenia Oferenta

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, „Szczegółowymi Materiałami Informacyjnymi do Konkursu Ofert”.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Konkursu Ofert i projektem umowy i nie wnoszę do niej zastrzeżeń. Zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych uczestników Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiącą Załącznik Nr 4.
4. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych.
5. Oświadczam, że uzyskałem/łam wpis do Centralnej Ewidencji o Działalności Gospodarczej.
6. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób ciągły, zabezpieczający niezakłóconą pracę zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia w dniach i godzinach ustalonych w harmonogramie udzielania świadczeń.
7. Oświadczam, iż będę związany ofertą przez 30 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.

8. Oświadczam, że dostarczę zaświadczenie o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez Poradnię Badań Profilaktycznych, najpóźniej w dniu zawarcia umowy*.

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka, podpis Oferenta)

IV. Załączniki

1. Do oferty załączam następujące dokumenty:

1. Aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
2. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*/ Wypis z księgi rejestrowej,
3. Kserokopię prawa wykonywania zawodu, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych;
4. Kserokopię dyplomu lekarza;
5. Kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje, kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne, posiadany stopień/tytuł naukowy i inne świadectwa umiejętności(wskazać jakie):
 - 1)
 - 2).....
6. Kserokopię umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
7. Podpisana i uzupełniona Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych kandydatów na stanowisko objęte postępowaniem konkursowym. stanowiąca Załącznik Nr 4.
8. Zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych wydane przez Poradnię Badań Profilaktycznych lub oświadczenie o dostarczeniu należy przedłożyć najpóźniej w dniu zawarcia umowy;
9.
.....(inne dokumenty-wskazać jakie)

* jeżeli dane ujęte w księdze ulegną zmianie w trakcie obowiązywania umowy Oferent zobowiązany jest do niezwłocznego dostarczenia jej wydruku po aktualizacji danych przez Okręgową Izbę Lekarską.

2. W przypadku przedłożenia kopii dokumentów Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo zażądania do wglądu oryginału tych dokumentów.

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka, podpis Oferenta)