

FORMULARZ OFERTOWY
udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Kardiochirurgii

(Podmiot Lecznicy)

I. Dane oferenta:

Imię i nazwisko nazwa podmiotu leczniczego											
Rodzaj praktyki lekarskiej						Nr prawa wykonywania zawodu					
Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej Rady Lekarskiej/ Wojewody)						Nr księgi rejestrowej					
Adres zamieszkania											
Kraj				Miejscowość							
Kod pocztowy				Poczta							
Ulica						Nr domu			Nr lokalu		
E-mail						telefon			fax		
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):											
Kraj						Miejscowość					
Kod pocztowy				Poczta							
Ulica						Nr domu			Nr lokalu		
Działalność gospodarcza											
Firma								Siedziba			
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)						REGON					
Nazwa banku, Nr konta											

II. Oferowana cena (brutto) za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

Zadanie Nr 1

- (a) dla lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii -zł brutto (słownie:00/100 brutto), za godzinę udzielania świadczeń w normalnych godzinach ordynacji lekarskich.

III. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oświadczam, że staż pracy lekarzy w zawodzie wynosi:..... lat.
3. Oświadczam, że staż pracy lekarzy w Oddziale Kardiochirurgii wynosi:..... lat.
4. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach

w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od **dnia zawarcia umowy do 31 grudnia 2021 r.** i wyrażam zgodę na jej ewentualne przedłużenie w drodze aneksu na kolejny okres nieprzekraczający 3 m-cy.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
7. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
8. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz zgodnie z ustalonym harmonogramem.

IV. 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. Dyplomów lekarzy-..... szt.,
6. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji):
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)(inne dokumenty -wskazać jakie)

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis osoby uprawnionej)

*-niewłaściwe skreślić