

FORMULARZ OFERTOWY
udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Radiologii Udzielającego Zamówienia
(Praktyka indywidualna)

I. Dane oferenta:

Imię i nazwisko lekarza			
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) jednej godziny udzielania świadczeń zdrowotnych

dla ZADANIA NR 1

- (a) dla lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej w godzinach normalnych ordynacji lekarskich -00 zł (słownie: złotych 00/100 brutto).
- (b) dla lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej poza godzinami normalnych ordynacji lekarskich -00 zł (słownie: złotych 00/100 brutto).
- (c) **Oferowane ceny** (brutto) za opisy badań radiologicznych określa *Formularz ofertowy cz. II*.
- (d) **Zobowiązuję się do zabezpieczenia oferowanych świadczeń w godzinach normalnych ordynacji lekarskich w wymiarze.....godzin tygodniowo.**
- (e) **Zobowiązuję się do zabezpieczenia oferowanych świadczeń poza godzinami normalnych ordynacji lekarskich wymiarze.....godzin miesięcznie.**

dla ZADANIA NR 2

- (a) dla lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej –00 zł (słownie: złotych 00/100 brutto),
- (b) **Oferowane ceny** (brutto) za opisy badań radiologicznych określa *Formularz ofertowy cz. II*.
- (c) **Zobowiązuję się do zabezpieczenia oferowanych świadczeń w wymiarze.....godzin miesięcznie.**

dla ZADANIA NR 3

- (a) dla elektroradiologa spełniającego wymagania kwalifikacyjne określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami –00 zł (słownie: złotych 00/100 brutto),
- (b) **Zobowiązuję się do zabezpieczenia oferowanych świadczeń w wymiarze.....godzin miesięcznie.**

III. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oświadczam, że staż pracy lekarza/ elektroradiologa w zawodzie wynosi:..... lat.
3. Oświadczam, że staż pracy lekarza/elektroradiologa wwynosi:.....lat.
4. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej 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 jej podpisania do dnia 29 lutego 2024 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 o konkursie ofert.
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. Dyplom lekarza,
6. Aktualne zaświadczenie o odbytym przez lekarza/ elektroradiologa szkoleniu z zakresu bhp oraz orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy.
7. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji):

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

(inne dokumenty -wskazać jakie)

.....
(miejsowość, data)

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

*-niewłaściwe skreślić