

FORMULARZ OFERTOWY
udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Kardiochirurgii z zakresu anestezjologii
i intensywnej terapii

(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) 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 lekarskich

III. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oświadczam, że staż pracy lekarza w zawodzie wynosi:..... lat.
3. Oświadczam, że staż pracy lekarza w Oddziale Kardiochirurgii wynosi:.....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 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. Dyplom lekarza,
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