

Pieczętka firmowa z pełną nazwą oferenta

Formularz oferty

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii uzależnień przez specjalistę terapii uzależnień w Oddziale.....

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętą Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.
6. Zaleca się aby wszystkie strony Formularza oferty były parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko		PESEL	
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	

III. Kwalifikacje zawodowe i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu

.....

.....
(numer dyplomu i posiadane specjalizacje)

Uwaga!

Składając ofertę należy dołączyć „Wykaz lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń zdrowotnych” sporządzony zgodnie z Załącznikiem Nr 1 do umowy oraz dołączyć wymagane dokumenty lub złożyć oświadczenie o posiadaniu przez wskazane osoby wymaganych kwalifikacji, uprawnień i doświadczenia (**nie dotyczy Oferenta, który będzie świadczył usługi medyczne osobiście**)

IV. Proponowana kwota wynagrodzenia:

1. Za realizację zamówienia w proponuję stawkę wynagrodzenia w wysokości PLN brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych (słownie:).

2. Proponowana miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych: godzin.

V. Oświadczenie:

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, „Materiałami Informacyjnymi do Konkursu Ofert”: tak/nie*
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: tak/nie*
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. Oferuję termin płatności 30 dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
5. Oświadczam, że uzyskałem/łam wpis do Centralnej Ewidencji o Działalności Gospodarczej.
6. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
7. Zobowiązuję się do dostarczenia kopii polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub innego dokumentu potwierdzającego jej zawarcie bez wezwania do Działu Zatrudnienia i Płac Udzielającego Zamówienia.
8. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od **01.04.2023 r. do 31.12.2026 r.**
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
10. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
12. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
13. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
14. 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.
15. Oświadczam, że dostarczę zaświadczenie o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza Medycyny Pracy, najpóźniej w dniu zawarcia umowy.

.....
(pieczętka i podpis Oferenta)

.....
(miejscowość i data)

VI. Do oferty załączam:

1. Aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
2. 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. Zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza Medycyny Pracy (zaświadczenie należy przedłożyć najpóźniej w dniu zawarcia umowy).
8. Podpisaną Klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych kandydatów na stanowisko objęte postępowaniem konkursowym stanowiącą Załącznik Nr 4.
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,

WAŻNE!!!

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

W przypadku uczestnictwa przez Oferenta w więcej niż w jednym zadaniu, Oferent składa w załączniku do formularza ofertowego kserokopie dokumentów tylko jeden raz.

.....
(pieczętka i podpis Oferenta)

.....
(miejscowość i data)