

Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Formularz oferty

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w tym w czasie dyżurów medycznych/gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza - 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 pieczętką 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.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lekarza						PESEL					
Rodzaj praktyki lekarskiej						Nr prawa wykonywania zawodu					
Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)						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

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

.....
.....

(numer dyplomu lekarza i posiadane specjalizacje)

IV. Propozycja ofertowo-cenowa :

1. Za realizację zamówienia w proponuję stawkę wynagrodzenia w wysokości PLN brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Proponowana miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych: godzin.

V. Oświadczenie:

1. Oferuję termin płatności 30 dni od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego Zamówienia.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi lat.
3. Oświadczam, że staż pracy w Oddziale wynosi lat.
4. 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*
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od **01.04.2024 r. do 31.12.2026 r.**
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 uzyskałem/łam wpis do Centralnej Ewidencji o Działalności Gospodarczej.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz łączności Udzielającego Zamówienia.
12. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób ciągły, zabezpieczający niezakończoną pracę Oddziału, zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia w dniach i godzinach ustalonych w harmonogramie udzielania świadczeń.
13. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych uczestników Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiącą Załącznik Nr 4.

*niepotrzebne skreślić

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka, podpis Oferenta)

VI. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:

- 1) Aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis właściwego Krajowego Rejestru Sądowego;
- 2) Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;**lub odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 3) Wypis z księgi rejestrowej;**
- 4) Kserokopia prawa wykonywania zawodu, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych;
- 5) Kserokopia dyplomu ukończenia szkoły potwierdzającego uzyskanie odpowiedniego wykształcenia medycznego;
- 6) Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje, kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne, posiadany stopień/tytuł naukowy i inne świadectwa umiejętności;
- 7) Kserokopia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 8) Podpisana i uzupełniona Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych kandydatów na stanowisko objęte postępowaniem konkursowym. stanowiąca Załącznik Nr 4.

*** jeżeli wybór oferty konkursowej spowoduje konieczność zmiany treści księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub 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, przy czym kopię złożonego wniosku o aktualizację danych podmiotu Oferent zobowiązany jest przedłożyć Udzielającemu zamówienia w terminie 7 dni od daty zawarcia umowy. Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę w przypadku nie wypełnienia ww. zobowiązania.*

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)

.....
(miejsce i data)