

Czarnków,.....

.....
(Pieczęć oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

I. INFORMACJE O OFERENCIE (WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY OFERTĘ):

1. Nazwa i adres praktyki

.....
.....

Reprezentowana przez:.....

2. Nr wpisu do rejestru indywidualnych praktyk

3. NIP REGON

4. Telefon Adres e-mail

5. Numer Prawa Wykonywania Zawodu

6. Dodatkowe kwalifikacje i specjalizacje niezbędne przy udzielaniu świadczeń w wybranym poniżej

zakresie.....
.....
.....
.....

II. PRZEDMIOT OFERTY

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie*:

.....

III. Oferowane stawki cenowe za pełnienie świadczenia zdrowotnego i deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń miesięcznie :

W zakresie świadczeń pielęgnarskich (całodobowych, stacjonarnych), w oddziale*

..... zł brutto za godzinę wykonywania świadczeń

Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń miesięcznie :

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO) oraz projektem umowy i warunki te przyjmuję bez zastrzeżeń.
2. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
3. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 90 dni o daty terminu składania ofert oraz zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie określonym przez Zamawiającego.
4. Na dzień rozpoczęcia świadczenia będę posiadał/a aktualną umowę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku, w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu Przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne.
5. Przed podpisaniem umowy dostarczę Udzielającemu zamówienie aktualne zaświadczenie lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju.
6. Ofertę niniejszą składam na kolejno ponumerowanych stronach.
7. Załącznikami do niniejszego formularza oferty, stanowiącymi integralną część oferty są:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)

** niepotrzebne skreślić

.....
(Podpis i pieczęćka oferenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów ogłoszonego konkursu ofert (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r.tj. Dz. U. 02 nr 101 poz. 926 z późn. zm.)

.....
(Podpis i pieczęćka oferenta)