

Czarnków,.....

.....
(Pieczęć oferenta)**FORMULARZ OFERTOWY****I. INFORMACJE O OFERENCIE (WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY OFERTE):**

1. Nazwa i adres praktyki

.....
.....

Reprezentowana przez:.....

2. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

lub wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich

3. NIP..... REGON

4. Telefon Adres e-mail

5. Numer Prawa Wykonywania Zawodu

6. Stopień i dziedzina specjalizacji

.....

7. Dodatkowe kwalifikacje niezbędne przy udzielaniu świadczeń w wybranym poniżej zakresie.....

.....

.....

II. PRZEDMIOT OFERTY /zaznaczyć „X”/**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju świadczeń:**

1. Leczenie szpitalne – w oddziale:.....

.....

III. Oferowane stawki cenowe za pełnienie opieki medycznej w zakresie:*Leczenie szpitalne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie Kierownika (lekarza kierującego) oddziałem chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii urazowo – ortopedycznej.*Stawka za 1 godzinę świadczenia usług.....

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert (SWKO) oraz warunkami przyszłej 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 (Dz.U.2011.293.1729 z dnia 2011.12.30), 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 .

.....
(Podpis i pieczęćka oferenta)