

.....
..... /pieczęć nagłówekowa oferenta/
miejscowości i data

Szpital w Pyskowicach sp. z o.o.
44-120 Pyskowice
ul. Szpitalna 2

Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Imię i nazwisko /nazwa:

.....
.....
.....

Nr wpisu do ewidencji o działalności
gospodarczej.....

NIP.....

REGON.....

Nr
telefonu.....

Adres działalności gospodarczej :

.....
.....
.....
.....

Adres do korespondencji (w przypadku gdy nie pokrywa się z adresem
działalności gospodarczej):

.....
.....
.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w
zakresie:

- 1) udzielania świadczeń zdrowotnych w regulaminowym czasie pracy (od godz. 7.25 do godz.15.00)
- 2) udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie (dyżur od godz. 15.00 do godziny 7.25),

- 3) udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i święta (dyżur od godz. 7.25 do godziny 7.25)

Oświadczenie

Oświadczam, że posiadam kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym:

1. dyplom ukończenia studiów
2. prawo wykonywania zawodu, w tym odpowiednia specjalizację
3. aktualna polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej
4. wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP.
5. Oświadczam, że dostarczę w/w dokumenty do wglądu w przypadku mojej oferty, a przed podpisaniem umowy.

Za udzielanie wyżej opisanych świadczeń proponuję (wypełnić tylko w pozycję która dotyczy pozostałe skreślić)

- 1) cenę brutto..... za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w regulaminowym czasie pracy (od godz. 7.25 do godz. 15.00) od poniedziałku do piątku
- 2) cenę bruttoza 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie (dyżur od godz. 15.00 do godziny 7.25),
- 3) cenę brutto..... za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i święta (dyżur od godz. 7.25 do godziny 7.25)

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie , szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń.
2. Świadczenia zdrowotne objęte konkursem będę udzielać w siedzibie udzielającego zamówienie oraz przy użyciu sprzętu należącego do udzielającego zamówienia.
3. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości zgodnie z wymogami Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 22 grudnia 2011r.(Dz.U.nr 293.,poz 1729).

4. W przypadku wyboru mojej oferty, umowa zostanie zawarta na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienie oraz miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
5. Okres związania ofertą wynosi 30 dni od dnia upływu terminu do składania ofert.
6. Oświadczam , że Udzielający zamówienia nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania z przyczyn leżących po stronie oferenta
7. Deklaruje minimalna liczbę godzin wykonywanych w miesiącu w ramach realizowanych świadczeń zdrowotnych

Regulaminowy czas pracy

Dyżury

Niepotrzebne skreślić

.....

/ podpis oferenta /