

.....  
..... /pieczęć nagłówek 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 brutto .....za 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 /