

.....
/pieczęć nagłówkowa oferenta/

.....
miejscowości i data

Szpital w Pyskowicach sp. z o.o.

44-120 Pyskowice

ul. Szpitalna 2

Formularz ofertowy dla zadania nr 1,2,3,4,5,

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)
- 4) pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie (od godz. 15.00 do godziny 7.25)
- 5) pozostawania w gotowości do 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 wyboru 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)
- 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)
- 4) cena brutto..... za 1 godzinę pozostawania w gotowości pod telefonem do udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie (od godz. 15.00 do godziny 7.25)
- 5) cena brutto..... za 1 godzinę pozostawania w gotowości pod telefonem do udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i święta (dyżur od godz. 7.25 do godziny 7.25)
- 6) cena bruttoza udzielanie świadczeń zdrowotnych w przypadku wezwania .Liczona od momentu dotarcia do szpitala i opuszczenia szpitala

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 29 kwietnia 2019r.(Dz.U. 2019r poz. 866).
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 :

W regulaminowym czasie pracy.....

Dyżury

Gotowość

Niepotrzebne skreślić

.....

/ podpis oferenta /