

.....
/pieczęć nagłówkowa oferenta/

.....
miejscowości i data

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

Formularz ofertowy dla zadania nr 6

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:

.....

.....

.....

.....

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.

Oferent na wezwanie oferenta dostarczy do wglądu oryginały w/w dokumentów.

1. Cena za udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych :

a) cenę brutto..... za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od godz. 18.00 do godziny 8.00 dnia następnego.

b) cenę brutto..... za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i święta od godz. 8.00 do godziny 8.00 dnia następnego,

2. Cena za udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy (pacjenta) :

a) cenę bruttoza 1 godzinę tzw. „gotowość „ do udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od godz. 18.00 do godziny 8.00 dnia następnego, oraz soboty, niedziele i święta od godz. 8.00 do godziny 8.00 dnia następnego

b) cenę brutto..... za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w wyniku faktycznego wezwania do świadczeniobiorcy (pacjenta) : w dni powszednie 18.00 do godziny 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta od godz. 8.00 do godziny 8.00 dnia następnego.

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

*Oświadczenie w pkt 2 w zakresie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych dotyczy nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych.

.....