

.....
pieczęć nagłówkowa oferenta

.....
miejscowość i data

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

FORMULARZ OFERTOWY NA ZADANIE NR 1

Imię i nazwisko / nazwa:.....

Nr wpisu do ewidencji

NIP.....

REGON.....

Nr telefonu.....

Adres:

Adres do korespondencji:

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 odpowiednią specjalizację,
3. aktualną polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej,
4. wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP,

Oświadczam, że dostarczę ww. dokumenty do wglądu w przypadku wyboru mojej oferty, a przed podpisaniem umowy.

Oświadczenie dodatkowe (jeśli dotyczy):

Oświadczam, iż ww. dokumenty są aktualne i znajdują się w dziale Kadr i spraw pracowniczych Szpitala w Pyskowicach sp. z o.o. w związku z wcześniejszym udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ww. podmiocie.

.....

/ podpis oferenta /

Za udzielanie wyżej opisanych świadczeń proponuję (wypełnić tylko pozycję, której 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 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)

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 wyjazdu z domu do momentu powrotu do domu z wezwania.

** Oczekiwana kwota za realizację świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach kształtuje się w wysokości stawki obecnie obowiązującej.*

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. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonywane na koszt własny bądź, w przypadku braku powyższego orzeczenia, na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy.
5. W przypadku wyboru mojej oferty, umowa zostanie zawarta na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienie oraz miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
6. Okres związania ofertą wynosi 30 dni od dnia upływu terminu do składania ofert.
7. 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.
8. Deklaruje minimalną liczbę godzin wykonaną w miesiącu, w ramach realizowanych świadczeń zdrowotnych :
W regulaminowym czasie pracy
Dyżury
Gotowość
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zawartych o ofercie na potrzeby przeprowadzenia konkursu ofert zorganizowanego przy Szpitalu w Pyskowicach sp. z o. o.
10. Informację o Administratorze Danych Osobowych stanowi załącznik nr 1.

.....

/ podpis oferenta /