Dane oferenta :

...., dnia.....

Imię i nazwisko / Nazwa*

.....

Adres / Siedziba*

.....

Adres do korespondencji

…….

Telefon

…….

Adres e-mail

.....

(numer wpisu do właściwego rejestru i
oznaczenie organu dokonującego wpisu)

.....

NIP

.....

REGON

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski
im. J. Strusia
z Zakładem Opiekuńczo- Leczniczym SPZOZ
61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3

FORMULARZ OFERTY
NA UDZIELANIE ŚWADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo- Leczniczym SPZOZ z siedzibą przy ul. Szwajcarskiej 3 w zakresie:

Udzielanie świadczeń anestezjologicznych przez lekarza w trakcie specjalizacji anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Kardiochirgii

Oferowane świadczenia opieki zdrowotnej udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności, a także leków i materiałów Udzielającego zamówienia.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia , regulaminem przeprowadzania konkursu ofert i prac komisji konkursowej oraz projektem umowy na świadczenia zdrowotne i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg stawki ryczałtowej :
…….**.. zł brutto za jedną godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń**

…….. zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń

Oświadczam, że na dzień składania oferty ukończyłem/am ……. rok specjalizacji

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od..... **r. – do .....r.**

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych przedmiotem zamówienia. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych: dyplom, dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie objętej ofertą oraz prawo wykonywania zawodu oraz inne dokumenty uprawniające do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia. załączam do oferty [1]

Oświadczam, że zobowiązuję się zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową na zasadach przewidzianych w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 618) i dostarczyć Udzielającemu zamówienie w ciągu 7 dni od rozpoczęcia udzielania świadczeń i zapewnić jej obowiązywanie przez cały czas trwania umowy.

Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy potwierdzające ten fakt przedstawię najpóźniej w przeddzień podpisania umowy.[1]

Oświadczam, że odbyłem / odbyłam* przewidziane przepisami prawa pracy szkolenie bhp, ppoż i stanowiskowe. Zaświadczenia o odbytych szkoleniach dostarczę najpóźniej w przeddzień podpisania umowy. [1]

Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS- em.

Oświadczam, że w przypadku wyboru przez Udzielającego zamówienia mojej oferty dokonam wpisu w rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą uwzględniającego rodzaj i zakres świadczeń zdrowotnych wskazanych w ofercie.

Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

W załączeniu składam:

1. wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
2. aktualny odpis z CEiDG /KRS
3. kserokopię dyplomu[1]
4. kserokopię dokumentów uprawniających do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia[1]

.....

(pieczątka i podpis)

*niepotrzebne skreślić

1.w przypadku podmiotu leczniczego dotyczy Personelu realizującego przedmiot umowy