

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/8/2017** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej nad pacjentami od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 08:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta od godz. 08:00 do godz. 08:00 dnia następnego. Przewidywany obszar zabezpieczenia: gminy powiatu sanockiego tj. Sanok – Miasto, Sanok – gmina wiejska, Besko, Bukowsko, Tyrawa Wołoska, Zarszyn z podziałem na zadania:

Zadanie nr 1 świadczenia udzielane w miejscu Udzielającego Zamówienia.

Zadanie nr 2 świadczenia udzielane w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy

DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

Nazwa Oferenta	
REGON	
NIP	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica, nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
Wpis do właściwego rejestru (nazwa i numer)	
Nr konta bankowego	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja	
Informacje dodatkowe	

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

Zadanie nr 1 w miejscu Udzielającego Zamówienia

- proponowana cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych- w dni powszednie, od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 08:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy od godz. 08:00 do godz. 08:00 dnia następnegozł.
(słownie.....);
- deklaruję wiążącą miesięczną ilość godzin.....

Zadanie nr 2 w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy

- Proponowana cena brutto za jedną godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcyzł. (słownie.....);
 - realizację świadczenia do godziny od momentu telefonicznego zlecenia.
 - wiążącą miesięczną ilość godzin.....pozostawania w gotowości do wyjazdów do miejsca zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres minimum 12 miesięcy od daty zawarcia umowy lub dłuższy(podać ilość miesięcy)

W załączeniu przedkładam (zaznaczyć właściwe dla podmiotu składającego ofertę) :

1. **Załącznik nr 1** - Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS , US.
2. **Załącznik nr 2** - Oświadczenie nr 2 – w zakresie BHP, PPOŻ, medycyna pracy
3. **Załącznik nr 3** - Oświadczenie nr 3 – w zakresie stosunku pracy
4. **Załącznik nr 4** - Oświadczenie nr 4 – w zakresie ochrony danych osobowych
5. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
6. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
7. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń : prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, w przypadku rozpoczęcia specjalizacji – kserokopia karty specjalizacyjnej, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, uprawnień.
8. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

.....
data podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am/ się ze Szczegółowym Warunkami Konkursu Ofert i przyjmuję go bez zastrzeżeń.
2. Zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.
3. Złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.
4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. W momencie podpisania umowy dostarczę dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
6. Akceptuję minimalny okres obowiązywania umowy.

.....
data podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta