

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/9/2017** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza systemu w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego z podziałem na zadania:

Zad. nr 1. świadczenia medyczne udzielane w dni powszednie, robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 07:30 do 15:05

Zad. nr 2. świadczenia medyczne udzielane w dni powszednie, robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:05 do 07:30 dnia następnego lub w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 07:30 do 07:30 dnia następnego.

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:

Zad. nr 1

proponowana cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie, robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 07:30 do 15:05 -zł.

(słownie.....)

Zad. nr 2

proponowana cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie, robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:05 do 07:30 dnia następnego -zł.

(słownie.....)

proponowana cena brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 07:30 do 07:30 dnia następnego -zł.

(słownie.....)

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, specjalizacji, 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