

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

**FORMULARZ OFERTY
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W OKRESIE OD 01.07.2020 r. DO 30.06.2021 r.
W ZAKRESIE PEŁNIENIA DYŻURÓW LEKARSKICH**

I. DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:

1) Firma / Imię i Nazwisko

.....

.....

2) Siedziba / adres zamieszkania:

Kod pocztowy : miejscowość:

Ulica : nr

3) Oznaczenie we właściwym rejestrze / nr wpisu do rejestru

.....

.....

4) NIP

5) Regon

6) tel. kontaktowy (fax)

7) e-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI (w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta jw.):

Kod pocztowy : miejscowość:

Ulica : nr

II. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY:

Rodzaj i zakres świadczeń:

III. OPIS KOMPETENCJI *:

- a) Tytuł zawodowy *
- b) Nr prawa wykonywania zawodu *
- c) Specjalizacja *
- d) Oferowana miesięczna liczba dyżurów medycznych:
dyżur 16 godzin 25 minut
dyżur 24 godziny
- e) Oferowana cena :
- za każdy dyżur 16 godzin 25 minut cena brutto
- za każdy dyżur 24 godziny cena brutto

IV. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:

Świadczenia udzielane będą w lokalu Udzielającego zamówienia.

V. WARUNKI PŁATNOŚCI:

Podstawą wypłaty wynagrodzenia będzie faktura wystawiona przez Przyjmującego zamówienie dostarczona do Sekretariatu najpóźniej do 3-go dnia każdego miesiąca za m-c poprzedzający, potwierdzona przez Kierownika Podmiotu Leczniczego.

Wypłata należności nastąpi w terminie 14 dni licząc od dnia doręczenia prawidłowo sporządzonej faktury na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie.

VI. TERMIN REALIZACJI:

- od dnia 01.07.2020 r. do dnia 30.06.2021 r.

* W przypadku oferty składanej przez podmiot leczniczy zatrudniający personel medyczny, który będzie udzielał świadczeń w zakresie objętym postępowaniem konkursowym należy przedstawić dane w żądanym zakresie **odrębnie dla każdej z osób, które będą udzielać świadczeń**;

Dane, wraz z informacjami odnoszącymi się do tych osób, wskazanymi w pkt III ppkt a – c, można przedstawić w zestawieniu tabelarycznym; w takim przypadku pkt III nie wypełnia się.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis Oferenta)

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY**

1. kserokopia polisy ubezpieczeniowej
2. wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzający aktywny status wpisu prowadzonej działalności gospodarczej
3. wydruk z KRS w przypadku, gdy ofertę składa spółka lub podmiot podlegający obowiązkowemu wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego,
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
5. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe,
6. dyplom ukończenia studiów medycznych,
7. dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu,
8. dokument potwierdzający posiadaną specjalizację,
9. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy oraz orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych.

(*) niepotrzebne skreślić