

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

FORMULARZ OFERTY

1. 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

2. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY:

Rodzaj i zakres świadczeń:

3. OPIS KOMPETENCJI *:

a) Tytuł zawodowy*

b) Nr prawa wykonywania zawodu*

c) Stopień specjalizacji*

d) Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem lub innym dokumentem)*

.....

d) Oferowana tygodniowa liczba godzin*

4. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:

Świadczenia udzielane będą w lokalu Udzielającego zamówienia.

5. 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.

6. TERMIN REALIZACJI:

- od dnia 01.09.2020 r. do dnia 31.08.2021 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 1 ppkt 1 – 3, można przedstawić w zestawieniu tabelarycznym; w takim przypadku pkt 3 nie wypełnia się.

** zaznaczyć właściwe

.....
(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.

(*) niepotrzebne skreślić