

FORMULARZ OFERTY

w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu
Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.

Nazwa Oferenta.....
Adres (siedziba) Oferenta.....
Nr telefonu

Kwalifikacje zawodowe

NIP/PEESEL

Regon

Organ rejestracyjny.....

Nr wpisu do rejestru.....

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie na świadczenie usług medycznych w Szpitalu
Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie, składam ofertę udzielania świadczeń
wg następującej stawki:

**Wykonywanie zawodu ratownika medycznego w ramach dyżurów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie**

1	2
Rodzaj udzielanej usługi medycznej	Stawka za 1 godzinę udzielania usługi medycznej (w zł)
<i>Udzielanie świadczeń na dyżurach medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym - ratownik medyczny</i>	
.....	

1. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami konkursu , treścią ogłoszenia, specyfikacji konkursowej oraz odpowiednim projektem umowy oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielał będę przy wykorzystaniu pomieszczeń, wyposażenia, aparatury i sprzętu medycznego, środków medycznych, środków transportu i łączności udostępnionych przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
4. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w miejscu i czasie wyznaczonym przez organizatora konkursu.
5. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej odpowiadającego warunkom obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonego w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z dnia 15 lutego 2015 r. poz. 618 z póź. zm.) i zgodnego z przepisami wydanymi na jego podstawie oraz zobowiązuję się do utrzymywania aktualnego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy. Oświadczam, że

ubezpieczenie obejmować będzie również odpowiedzialność za zdarzenia medyczne określone w art. 67a ustawy z dnia 6 listopada 2011 r o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (tekst jednolity : Dz. U z 2016 r. poz.186).

6. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych/medycznych udzielać będą następujące osoby:

.....
Podpis Oferenta lub osób uprawnionych
do reprezentowania Oferenta



Lp.	Imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych	Kwalifikacje zawodowe	Zgodna na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności Oferenta (podpis osoby z kol. II)	Informacja dotycząca prowadzenia działalności gospodarczej
I	II	III	IV	V
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

.....
Podpis Oferenta lub osób uprawnionych
do reprezentowania Oferenta