

FORMULARZ OFERTY

w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na pełnieniu dyżurów medycznych i pracy dopołudniowej w Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.

Nazwa Oferenta.....

Adres (siedziba) Oferenta.....

Nr telefonu Adres email:.....

NIP

Regon

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie, składam ofertę na udzielanie świadczeń:

Grupa I. Udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na pełnieniu dyżurów medycznych

Grupa/ Pakiet/Nazwa Oddział	Minimalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu	Kwota brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
.....	Minimum jeden dyżur 24 h	<p>dla lekarza specjalisty</p> <p>.....(zł)</p> <p>lekarz w trakcie specjalizacji</p> <p>.....(zł)</p> <p>spółka (zł)</p> <p>gotowość do dyżuru pod telefonem*</p> <p>.....(zł)</p>

* dotyczy Oddziału Chirurgii Ortopedyczno -Urazowej

Grupa II. Wykonywanie zawodu lekarza

Grupa/ Pakiet/Nazwa Oddziału	Wynagrodzenie miesięczne (w zł) za udzielanie świadczeń zdrowotnych
.....	<p>dla lekarza specjalisty</p> <p>.....(zł)</p> <p>lekarz z I stopniem specjalizacji</p> <p>.....(zł)</p> <p>lekarz w trakcie specjalizacji</p> <p>.....(zł)</p> <p>spółka</p> <p>..... (zł)</p>

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią: ogłoszenia, szczegółowych warunków konkursu ofert oraz projektem umowy oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę przy wykorzystaniu pomieszczeń, wyposażenia, aparatury i sprzętu medycznego, środków medycznych, środków transportu i łączności udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że ze 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 2016, poz. 1638 ze zm.) i zgodnego z przepisami wydanymi na jego podstawie oraz zobowiązuję się do utrzymywania aktualnego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
6. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne udzielane będą przez osoby zgodnie z załączoną listą imienną (wraz z ich podpisami) oraz kwalifikacjami zawodowymi i zgodą na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności oferenta *

Lp.	Imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych	Kwalifikacje zawodowe	Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności Oferenta (podpis osoby)	Informacja dotycząca prowadzenia działalności gospodarczej (TAK/NIE)
1				
2				
...				

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

* wypełnić w przypadku złożenia oferty przez spółkę cywilną lub spółkę prawa handlowego