

FORMULARZ OFERTOWY

dyżurów lekarskich w wyjazdowych specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego

I. DANE OFERENTA:

Imię i Nazwisko lub Nazwa Oferenta:

.....
.....

Adres Oferenta:

NIP REGON PESEL (dot. os. fizycznych)

.....

Nr tel. e-mail

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.....

II. PROPONOWANA KWOTA WYNAGRODZENIA

1. Za wykonanie świadczeń zdrowotnych Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie umowne za faktycznie wykonane świadczenia zdrowotne (dyżury) z uwzględnieniem stawki godzinowej dla lekarza:

z II° specjalizacji i specjalisty -

.... PLN brutto - zwykły dzień roboczy,

.... PLN brutto - dzień wolny od pracy,

.... PLN brutto - Nowy Rok, Niedziela Wielkanocna, Boże Ciało,
Dzień Wszystkich Świętych (01.11), Wigilia
Bożego Narodzenia, Boże Narodzenie (25.12),

z I° specjalizacji - PLN brutto - zwykły dzień roboczy,

.... PLN brutto - dzień wolny od pracy,

..... PLN brutto - Nowy Rok, Niedziela Wielkanocna, Boże Ciało,
Dzień Wszystkich Świętych (01.11), Wigilia
Bożego Narodzenia, Boże Narodzenie (25.12),

w trakcie specjalizacji - PLN brutto - zwykły dzień roboczy,

.... PLN brutto - dzień wolny od pracy,

.... PLN brutto - Nowy Rok, Niedziela Wielkanocna, Boże Ciało,
Dzień Wszystkich Świętych (01.11), Wigilia
Bożego Narodzenia, Boże Narodzenie (25.12),

III. WYMAGANE DOKUMENTY

- Oferta powinna zawierać :
- 1. Formularz ofertowy – Załącznik nr 1 do Materiałów Informacyjnych
- 2. Oświadczenia oferenta stanowiące część Załącznika Nr 1 do Materiałów Informacyjnych.
- 3. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Leczniczych, jeżeli działalność jest prowadzona w formie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej lub aktualny wpis do rejestru indywidualnych (specjalistycznych) praktyk lekarskich prowadzonego przez odpowiednią Okręgową Izbę Lekarską lub inne dokumenty świadczące o prowadzeniu indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej.
- 4. Aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego lub aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
- 5. Umowa spółki cywilnej, jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej.
- 6. Polisa OC z tytułu prowadzonej działalności medycznej.

Uwaga:

Dokumenty mogą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” z podpisem, datą i pieczętką oferenta lub osoby przez niego upoważnionej.

Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez oferenta.

OŚWIADCZENIA OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
3. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie zgodne są z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz wg ustalonego harmonogramu.
6. Zapewniam niezmiennosc cen w okresie obowiązywania umowy.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)