

FORMULARZ OFERTOWY

**anestezjologii i intensywnej terapii (Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii),
pełnienia dyżurów w zespole wyjazdowym specjalistycznym Pogotowia Ratunkowego,
udzielanie porad ambulatoryjnych w Izbie Przyjęć.**

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

Za realizację zamówienia proponuję następującą stawkę wynagrodzenia:

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii:

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w godzinach ordynacji dziennej (od 7.30 do
15.00) kwotę:.....zł brutto/1h (słownie:.....złotych)

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru w dni robocze od godz. 15.00
kwotę:.....zł brutto/1h (słownie:.....złotych)

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru w soboty i dni ustawowo wolne od
pracy kwotę:.....zł brutto/1h (słownie:.....złotych)

Pogotowie Ratunkowe i Izba Przyjęć

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w godzinach ordynacji dziennej (od 7.30 do
15.00) kwotę:.....zł brutto/1h (słownie:.....złotych)

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru w dni robocze od godz. 15.00
kwotę:.....zł brutto/1h (słownie:.....złotych)

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru w soboty i dni ustawowo wolne od
pracy kwotę:.....zł brutto/1h (słownie:.....złotych)

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru w Wigilię Bożego Narodzenia,
pierwszy dzień Świąt Bożego Narodzenia, Nowy Rok, Niedziela Wielkanocna, Boże Ciało, Dzień
Wszystkich Świętych (1.11) kwotę:.....zł brutto/1h (słownie:.....złotych)

KWALIFIKACJE ZAWODOWE I SPECJALIZACJE OFERENTA

1.
2.
3.

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. dyplom ukończenia studiów wyższych uprawniających do wykonywania zawodu lekarza,
4. aktualne prawo wykonywania zawodu,
5. aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
6. aktualny wpis do rejestru praktyk zawodowych lekarzy lub inny dokument świadczący o prowadzeniu indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej.
7. certyfikaty i dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych uprawnień i kwalifikacji,
8. certyfikaty i zaświadczenia z odbytych szkoleń w ramach doskonalenia zawodowego,
9. aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania zawodu,
10. aktualne zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
11. ubezpieczenie OC,
12. zaświadczenie o stażu pracy.

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)