

## FORMULARZ OFERTOWY

### udzielania świadczeń zdrowotnych 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 należność stanowiącą iloczyn liczby  
przepracowanych godzin i stawki za godzinę:

1) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w dni robocze  
w godzinach ordynacji dziennej (od 7.30 do 15.00 lub dla poz określonej w  
harmonogramie):

a) wg stawek określonych w umowie zawartej z Udzielającym Zamówienia  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale lub Poradni, jeśli  
Przyjmujący zamówienie taką umowę posiada i jeśli stawka  
przysługująca za pracę w dni robocze w godzinach od 7.30 do 15.00  
wynikająca z tej umowy jest wyższa niż określona w pkt 1) lit b),

b) ..... (słownie: .....) zł brutto / h w pozostałych przypadkach,

- 2) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w ramach dyżuru (poza ordynacją dzienną) w dni robocze od godz. 15.00 (lub od 18.00 dla poz) - ..... (słownie: .....) zł brutto / h,
- 3) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w ramach dyżuru (w soboty i dni ustawowo wolne od pracy niewymienione w pkt 4) - ..... (słownie: .....) zł brutto / h,
- 4) udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w ramach dyżuru w Wigilię Bożego Narodzenia, pierwszy dzień Świąt Bożego Narodzenia, Nowy Rok, Niedziela Wielkanocna, Boże Ciało, Dzień Wszystkich Świętych (1.11) – ..... (słownie: .....) zł brutto / h.

### **KWALIFIKACJE ZAWODOWE I SPECJALIZACJE OFERENTA**

1. ....
2. ....
3. ....

### **III. WYMAGANE DOKUMENTY**

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 Lecznicych, 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.
7. Aktualne zaświadczenie lekarskie.
8. Aktualne orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych.
9. Dyplom lekarza, dokument potwierdzający uzyskanie specjalizacji, prawo wykonywania zawodu.

**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)*