

## FORMULARZ OFERTOWY

1) udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym

2) pozostawania poza zakładem w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. "dyżur pod telefonem") i do udzielania świadczeń zdrowotnych w wyniku wezwania w ramach dyżuru pod telefonem w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

### 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 wykonywanie przedmiotu umowy Udzielający Zamówienia płacić będzie Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie w wysokości stanowiącej 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) – ..... (słownie: ..... ) zł brutto,
2. za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w ramach dyżuru w dni robocze od godz. 15.00 - ..... (słownie: ..... ) zł brutto,
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,
4. za 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.

Za wykonywanie tzw. dyżurów pod telefonem, określonych w § 1 ust. 2 Udzielający Zamówienia płacić będzie Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie stanowiące iloczyn liczby godzin i stawki za godzinę:

1) za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (dyżur „pod telefonem”) - ..... (słownie: ..... ) zł brutto,

### **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.
- 7. Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania zawodu.
- 8. Aktualne orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych.
- 9. dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku lekarskim
- 10. aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza
- 11. dyplom specjalizacji lub karta szkolenia specjalizacyjnego

- 12. certyfikaty i dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych uprawnień i kwalifikacji.

**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)*