

FORMULARZ OFERTOWY

w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie w zakresie:

- 1) udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym
- 2) wykonywania pracy lekarza kierującego Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym oraz do koordynacji i nadzoru organizacyjnego i merytorycznego nad Poradni Ginekologiczno-Położniczej

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 wykonywanie przedmiotu umowy, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 1 Udzielający Zamówienia płać będzie Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie stanowiące iloczyn liczby przepracowanych godzin i stawki za godzinę:

- 1) za czynności wykonywane 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 (poza godzinami wymienionymi w pkt 1) - (słownie:) zł brutto,

2. Za wykonywanie czynności określonych w § 1 ust. 2 Udzielający Zamówienia płać będzie należność stanowiącą iloczyn liczby godzin i stawki za godzinę:

- 1) za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (dyżur „pod telefonem”) – (słownie:.....) zł brutto,
- 2) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w wyniku wezwania - wg stawki określonej w ust. 1 pkt 2.

3. Za wykonywanie czynności lekarza kierującego Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 2 umowy Udzielający Zamówienia płać będzie Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie w wysokości (słownie:) zł brutto miesięcznie.

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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)