

FORMULARZ OFERTOWY – PAKIET 4

pełnienie dyżurów lekarskich:

- „pod telefonem” z wezwaniem dla:
 - Oddziału Chirurgii Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej,
 - Oddziału Ginekologiczno-Położniczego,

I. DANE OFERENTA:

Nazwa Oferenta:

Adres Oferenta:

NIP REGON PESEL (dot. os. fizycznych).....

Nr tel. e-mail

Nr wpisu do właściwego Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i oznaczenie organu dokonującego wpisu

.....

II. PROPONOWANA KWOTA WYNAGRODZENIA

Za realizację zamówienia proponuję następującą kwotę za dyżury „pod telefonem” z wezwaniem, tj. pozostawanie poza siedzibą Udzielającego Zamówienia w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielanie świadczeń zdrowotnych na każde wezwanie podczas pełnienia takiego dyżuru) z uwzględnieniem stawki godzinowej dla lekarza:

1) pozostającego w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (dyżur pod telefonem): -
..... PLN brutto, **do której dolicza się kwotę zł brutto za każdą godzinę pozostawania w gotowości,**

2) udzielającego świadczeń zdrowotnych na wezwanie podczas pełnienia dyżuru pod telefonem:

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),

bez 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),

Do stawek określonych w pkt 2) dolicza się kwotę zł brutto za każdą godzinę.

III. WYMAGANE DOKUMENTY

1. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
2. Aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego.
3. Aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
4. Umowa spółki cywilnej, jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej.
5. 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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)