

FORMULARZ OFERTOWY

świadczenie usług medycznych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz w Dziale Pomocy Doraźnej – Pogotowie Ratunkowe i Izba Przyjęć

I. DANE OFERENTA:

Imię i Nazwisko lub Nazwa Oferenta:

.....

Adres Oferenta:

NIP REGON 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**:

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii:

- 1) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w godzinach ordynacji dziennej (od 7.30 do 15.00) – (słownie:) **zł brutto / h,**
- 2) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru w dni robocze od godz. 15.00 - (słownie:) **zł brutto / h,**
- 3) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru w soboty i dni ustawowo wolne od pracy - (słownie:) **zł brutto / h,**

Pogotowie Ratunkowe i Izba Przyjęć

- 1) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w godzinach ordynacji dziennej (od 7.30 do 15.00) – (słownie:) **zł brutto / h,**
- 2) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru w dni robocze od godz. 15.00 - (słownie:) **zł brutto / h,**
- 3) za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru w soboty i dni ustawowo wolne od pracy niewymienione w pkt 4) - (słownie:) **zł brutto / h,**
- 4) 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) – (słownie:) **zł brutto / h.**

III. KWALIFIKACJE ZAWODOWE I SPECJALIZACJE OFERENTA

1.

2.

3.

IV. 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)