

## FORMULARZ OFERTOWY - Izba 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 stawkę wynagrodzenia:

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w dni robocze w godzinach ordynacji dziennej (od 7.30 do 15.00 lub dla poz od 7.30 do 18.00)

oraz

za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w ramach dyżuru (poza ordynacją dzienną) w dni robocze od godz. 15.00 (lub dla posiadających umowy w zakresie poz od 18.00) oraz w soboty i dni ustawowo wolne od pracy

**kwotę:.....zł brutto/1h (słownie:.....złotych)**

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)

**kwotę:.....zł brutto/1h (słownie:.....złotych)**

### KWALIFIKACJE ZAWODOWE I SPECJALIZACJE OFERENTA

1. ....

2. ....

3. ....

### III. WYMAGANE DOKUMENTY

1. Aktualny wpis do rejestru indywidualnych (specjalistycznych) praktyk lekarskich prowadzonego przez odpowiednią Okręgową Izbę Lekarską lub inne dokumenty świadczące o prowadzeniu indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej.
2. Dyplom lekarza, dokument potwierdzający uzyskanie specjalizacji, prawo wykonywania zawodu.
3. Aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego lub 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. Odpis z rejestru odpowiedniego Centrum Zdrowia Publicznego, jeżeli działalność prowadzona jest w formie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej.

6. Polisa OC z tytułu prowadzonej działalności medycznej.

7. Aktualne badania lekarskie .

Uwaga: dokumenty mogą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” z podpisem, datą i pieczęcią 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)