

FORMULARZ OFERTOWY – Rehabilitacja

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:

miesięcznie..... PLN brutto (słownie:),

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 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)