

FORMULARZ OFERTOWY

udzielania świadczeń zdrowotnych lekarskich:

1) samodzielnego świadczenia usług medycznych z zakresu ortopedii i traumatologii wg potrzeb Udzielającego Zamówienia w ramach Oddziału Chirurgii Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej

2) wykonywania pracy lekarza koordynującego i nadzorującego pracę zespołu ortopedów oraz nadzoru merytorycznego wykonywania u Udzielającego Zamówienia świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii udzielanych w ramach Oddziału Chirurgii Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej oraz Poradni Urazowo-Ortopedycznej i Preluksacyjnej.

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

Udzielający Zamówienia płać będzie:

1) za wykonywanie czynności określonych w § 1 ust. 1 pkt 1) należność w wysokości:

- (słownie:.....) zł brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

oraz dodatkowo

- % wartości wykonanych procedur wg grupy JGP (rozliczonych i zapłaconych przez NFZ),

za wykonywanie czynności określonych w § 1 ust. 1 pkt 2) – należność 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 niezmienność cen w okresie obowiązywania umowy.

.....

.....