

Formularz ofertowy – Załącznik nr 1 do Regulaminu konkursu.

Wałcz, dn.

.....
(Dane oferenta)

.....
(Adres)

.....
(telefon)

.....
(Nr wpisu do właściwego rejestru – księgi rejestrowej
i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

**107 Szpital Wojskowy z Przychodnią - SPZOZ
Ul. Kołobrzaska 44
78-600 Wałcz**

Składam/y ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 107 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią - SPZOZ w zakresie:

.....
.....
Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienie.

Proponowane kwoty należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu przez podmioty, o których mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2013 r. poz. 217) oraz proponowana ilość świadczeń (w godzinach na miesiąc).

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach:

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz koordynowanie pracy oddziału
..... w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)
.....zł brutto (słownie :) za 1 godz.
świadczenia usług i koordynowania pracy oddziału.

2. pełnienie dyżurów stacjonarnych w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)
.....zł brutto (słownie :) lub za dyżur

3. pełnienie dyżurów stacjonarnych w soboty, niedziele i święta
.....zł brutto (słownie :) lub za dyżur

4. pełnienie dyżurów gotowości w dni powszednie (od poniedziałku do piątku)

.....zł brutto (słownie :.....) lub za dyżur

5. pełnienie dyżurów gotowości w soboty, niedziele i święta

.....zł brutto (słownie :.....) lub za dyżur

6. Ilość oferowanych świadczeń:

deklaruję, iż miesięcznie będę udzielał/a świadczenia określone w **lp. 1** w ilości:
..... godzin (słownie:.....)

7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od 20.....r. do..... 20..... r.

W załączeniu przedkładam:

- a) kserokopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej obowiązkowego ubezpieczenia O. C.,
- b) kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje,
- c) kserokopię prawa wykonywania zawodu,
- d) kserokopię dokumentu potwierdzającego nadanie numeru NIP,
- e) kserokopię dokumentu potwierdzającego nadanie numeru REGON,
- f) kserokopię dokumentu potwierdzającego wpis do Rejestru prowadzonego w Okręgowej Izbie Lekarskiej lub wpis do Rejestru Wojewody,
- g) kserokopię dokumentu potwierdzającego wpis do Ewidencji Działalności Gospodarczej lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego,
- h) koncepcję funkcjonowania oddziału,
- i) oświadczenie o niekaralności,
- j) opisany przez oferenta przebieg pracy zawodowej, potwierdzający minimum 8 letni okres udzielania świadczeń zdrowotnych.
- k) inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe oferenta,
- l) zaświadczenie wystawione przez lekarza medycyny pracy potwierdzające zdolność do wykonywania świadczeń medycznych tzw. „badań okresowych”
- m) Proponowany harmonogram udzielania świadczeń – dotyczy zakresów oznaczonych w formularzu ofertowym.

Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert.

Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.

Jestem związany/na niniejszą ofertą przez czas wskazany w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert tj. 30 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.

Zawarta w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert treść wzoru umowy została przeze mnie zaakceptowana i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora konkursu.

.....
/pieczętka i podpis/