

OFERTA

**na świadczenie usług medycznych w zakresie pełnienia
opieki lekarskiej dla Specjalistycznego Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Suwałkach**

DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
NIP		TELEFON KONTAKTOWY :
REGON		Adres do korespondencji e-mail

Proponowana kwota za wykonywanie świadczeń zdrowotnych.....zł / brutto za godzinę.

Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu

Okres na jaki została złożona oferta

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

- Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczam, że zainteresowałam/em się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówień na świadczenie zdrowotne.
- Oświadczam, że uważam się związaną/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
- Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
- Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
- Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości.....
(Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy. Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość na dzień podpisania umowy lub najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy)*
- Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie ważne do dnia

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- Odpis z KRS lub wydruk/wydruki z CEIDG (w przypadku spółki cywilnej wymaga się przedłożenia dokumentów dotyczących każdego wspólnika, jako przedsiębiorcy).
- Polisa ubezpieczeniowa odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
- Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i doświadczenie:
 - a) dyplom ukończenia studiów medycznych - kserokopia dokumentu potwierdzona za zgodność z oryginałem

- b) prawo wykonywania zawodu lekarza - kserokopia dokumentu potwierdzona za zgodność z oryginałem
- c) dokument potwierdzający specjalizację z danego zakresu /dziedziny medycyny objętej konkursem- kserokopia dokumentu potwierdzona za zgodność z oryginałem lub karta szkolenia specjalizacyjnego (dotyczy lekarzy w trakcie specjalizacji) kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem
- d) udokumentowane, co najmniej 2 letnie doświadczenie zawodowe w świadczeniu usług medycznych z zakresu/dziedziny medycyny objętej konkursem

5. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia uprawniającym do udzielania świadczeń medycznych dotyczące osób fizycznych, które będą wykonywać świadczenia zdrowotne - kserokopia dokumentu potwierdzona za zgodność z oryginałem.

6. Wykaz podwykonawców, którym oferent zamierza powierzyć wykonanie świadczeń, zgodnie z warunkami wynikającymi ze wzoru umowy, ze wskazaniem danych rejestrowych podwykonawcy, (jeżeli dotyczy).

Do oferty należy załączyć opisane dokumenty (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez oferenta, oświadczenia w oryginale).

W przypadku, gdy w dniu składania oferty Udzielający Zamówienie posiada dokumenty, o których mowa w ust. 1-5, a potwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie, oferent może złożyć oświadczenie zgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 1 do Formularza oferty.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis oferenta)

Dane Oferenta:

Nazwa:

adres:

OŚWIADCZENIE OFERENTA¹

Oświadczam, że:

1. Kopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Kopia odpisu z KRS lub wydruk/wydruki z CEIDG (w przypadku spółki cywilnej wymaga się przedłożenia dokumentów dotyczących każdego wspólnika, jako przedsiębiorcy).
3. Kopia polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i doświadczenie :
 - a) dyplom ukończenia studiów medycznych,
 - b) prawo wykonywania zawodu lekarza,
 - c) specjalizacja z psychiatrii.
 - d) udokumentowane co najmniej 2 letnie doświadczenie zawodowe w świadczeniu usług medycznych z zakresu/dziedziny medycyny objętej konkursem
5. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia uprawniającym do udzielania świadczeń medycznych dotyczące osób fizycznych, które będą wykonywać świadczenia zdrowotne.

zostały złożone Udzielającemu Zamówienie w Konkursie ofert na świadczenie usług medycznych ogłoszonym w roku, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć, podpis)

¹ Oferent skreśla dokumenty, których nie ma obowiązku składać, oraz dokumenty, które nie są w posiadaniu Udzielającego Zamówienie.