

OFERTA

na świadczenie usług medycznych w zakresie pełnienia psychiatrycznej 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:

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zainteresowałam/em się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówień na świadczenie zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związana/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. 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.
6. 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.
7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
9. 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)*

10. Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie ważne do dnia
11. Oświadczam, że posiadam dokumenty potwierdzające aktualne przeszkolenie z zakresu BHP

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Odpis z KRS lub wydruk/wydruki z CEIDG (w przypadku spółki cywilnej wymaga się przedłożenia dokumentów dotyczących każdego wspólnika, jako przedsiębiorcy).
3. Polisa ubezpieczeniowa odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. 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.

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)

DYREKTOR
BWR *BdL*
Bożena Łopińska

Załącznik nr 1 do Formularza oferty