

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w Poradni
usługi konsultacji lekarskich specjalistycznych w zakresie

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia z dnia 01.12.2023 roku dotyczącego konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza specjalisty w poradni oraz usług konsultacji specjalistycznych w zakresie oraz z Regulaminem udzielania zamówień na realizację świadczeń zdrowotnych.

....., dnia
 (miejsowość) (czytelny podpis)

.....
 (Pełna nazwa oferenta – zgodna z właściwym rejestrem)

.....
 (Adres prowadzenia działalności)

.....
 (Numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

.....
 (NIP, REGON, numer telefonu, numer prawa wykonywania zawodu)

2. Usługi będę świadczył (a):

a) w lokalu Udzielającego zamówienia, tj. Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Jerzego Pióro w Dobrym Mieście, ul. Grunwaldzka 10B.

b) korzystając ze sprzętu i aparatury medycznej Udzielającego zamówienia w zakresie niezbędnym do świadczenia zamówionych usług medycznych.

c) osobiście, posiadam ku temu niezbędne kwalifikacje zawodowe.

3. W załączeniu przedstawiam n/w dokumenty:

a) kserokopię prawa wykonywania zawodu lekarza,

b) kserokopię dokumentu potwierdzającego rodzaj praktyki zawodowej,

c) kserokopię dyplomu uzyskanej specjalizacji w zakresie,

d) kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (posiadane tytuły, stopnie naukowe, kursy, uprawnienia, certyfikaty).....

e) kserokopię zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;

f) zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych;

g) kserokopię decyzji o nadaniu numeru NIP;

h) kserokopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej z numerem Regon;

i) zaświadczenie o szkoleniu z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie odpowiednim do rodzaju wykonywanych usług.

j) zaświadczenie lekarskie o szczepieniu przeciwko WZW/B.

Oświadczam*, że w/w dokumenty zostały złożone do Udzielającego zamówienia w poprzednich postępowaniach konkursowych i zachowują swoją aktualność.

4. Proponuję:

a) zł brutto za punkt rozliczeniowy, w tym koszty badań/bez kosztów badań*, za świadczenie usług lekarza w Poradni
Deklarowana miesięczna liczba punktów rozliczeniowych do realizacji w Poradni

Proponuję następujący harmonogram udzielania świadczeń:

| | | |
|----------------|---------------|---------------|
| – poniedziałek | od godz. | do godz. |
| – wtorek | od godz. | do godz. |
| – środa | od godz. | do godz. |
| – czwartek | od godz. | do godz. |
| – piątek | od godz. | do godz. |

b) zł brutto za konsultację lekarską w dziedzinie: dermatologii, gruźlicy i chorób płuc, otolaryngologii w OCHW, ZOL, ZOL-P.

c) zł brutto za jedno badanie z zakresu medycyny pracy wykonywane w Poradni otolaryngologicznej.

5. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej:

a) Dołączam* kserokopię dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnej z art. 25 ust.1 pkt. 1) ustawy o działalności leczniczej, w okresie obowiązywania umowy.

b) Oświadczam*, że w przypadku wyboru niniejszej oferty przedstawię polisę, o której mowa w pkt. a) do dnia 31.12.2023 roku.

Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania konkursowego zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781).

....., dnia.....
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis)

* niewłaściwe skreślić

