

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie świadczeń fizjoterapeuty/logopedy*
w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicyym /ZOL/

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia z dnia 14.03.2024 roku dotyczącego konkursu na udzielanie świadczeń fizjoterapeuty/logopedy* w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicyym /ZOL/ 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)

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*.
- d) przez osoby trzecie posiadające niezbędne kwalifikacje zawodowe, przy czym będę ponosił (a) pełną odpowiedzialność za wykonywane przez nie czynności wobec osób trzecich*.

Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi:

.....

3. W załączeniu przedstawiam n/w dokumenty:

- a) kserokopię dyplomu uzyskania kwalifikacji zawodowych,
- b) kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (posiadane tytuły, stopnie naukowe, kursy, uprawnienia, certyfikaty)
-
-
- c) kserokopię zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – w odniesieniu do pomiotów leczniczych;
- d) zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych osoby świadczącej usługi;
- e) kserokopię decyzji o nadaniu numeru NIP;
- f) kserokopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej z numerem Regon;



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

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

4. Proponuję:

..... zł brutto za jedną godzinę świadczenia usług fizjoterapeuty/logopedy* w ZOL.

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 31.03.2024 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)

* niepotrzebne skreślić