

.....

pieczęć oferenta

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

.....

1. Nazwa Oferenta
2. Adres Oferenta
3. Nr telefonu komórkowego
4. Adres e-mail
5. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej
6. REGON
7. NIP
8. Okres obowiązywania polisy

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

.....

| WYSZCZEGÓLNIENIE/ PRODUKT zgodny z ogłoszeniem w danym zakresie | CENA / WARTOŚĆ BRUTTO W ZŁ |
|---|-----------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

1. Miejsce udzielania świadczeń

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

.....
pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

1. *Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.*
2. *Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.*
3. *Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania.*
4. *Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. Imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego przez SP ZOZ w Łapach dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.*
5. *Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Łapach, nie będę udzielał/-ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Szpitalu.*
6. *Spełniam / Nie spełniam wymóg, o którym mowa w art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej.¹*

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

¹ Art. 26 ust.2.u.o.d.l.: „Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.”

.....

pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy z Udzielającym Zamówienie.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

.....
pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Zakres udzielanych świadczeń:.....

Oświadczam, iż zapewniam wyszkolony i wykwalifikowany personelu do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Lista osób udzielających świadczeń w ramach umowy z Oferentem:

| <i>Imię i nazwisko</i> | <i>Nr prawa wykonywania zawodu</i> | <i>Specjalizacja</i> | <i>Specjalizacja zakończona / w trakcie (data ukończenia specjalizacji / data otwarcia specjalizacji)</i> |
|-------------------------------|---|-----------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Każda wykazana osoba powinna dostarczyć kopię dokumentów, o których mowa w SIWZ w pkt. VI ppkt. 4,7.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Imię i nazwisko:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego przez SP ZOZ w Łapach dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.
2. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Łapach zgodnie z warunkami konkursu i umowy Przyjmującego zamówienie ze Szpitalem oraz na podstawie przedstawionego przez Przyjmującego zamówienie i zatwierdzonego przez Szpital harmonogramu.
3. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Łapach, nie będę udzielał/-ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Szpitalu.

Podpis Pielęgniarki/Ratownika med.

Podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że:

- odpisy potwierdzające wpis do właściwych rejestrów – wpis do Okręgowej Izby Lekarskiej i Ewidencji Działalności Gospodarczej
- dyplom ukończenia studiów
- kopia prawa wykonywania zawodu lekarza/technika/pielęgniarki
- dyplom uzyskania specjalizacji
- aktualne zaświadczenie lekarskie – badania profilaktyczne

zostały złożone w SP ZOZ Łapy, w Konkursie na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne na rok i stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)