

FORMULARZ OFERTOWY

na świadczenia medyczne w zakresie:

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia stacjonarnych dyżurów lekarskich oraz tzw. dyżurów pod telefonem;

*profil leczenia w Sanatorium Uzdrawiskowym:* choroby ortopedyczne i urazowe, choroby reumatologiczne, choroby neurologiczne i choroby nefrologiczne i urologiczne, osteoporoza.

*profil leczenia w Szpitalu Uzdrawiskowym:* choroby ortopedyczne i urazowe, choroby reumatologiczne, choroby neurologiczne.

1. Dane oferenta:

Imię: .....

Nazwisko: .....

Adres: .....

Tel. .... mail .....

2. Na spełnienie warunków udziału w konkursie określonych w ogłoszeniu przedstawiam n/w dokumenty:

- 1) dyplom lekarza – zał. nr .....
- 2) prawo wykonywania zawodu lekarza – zał. nr .....
- 3) dyplom uzyskania I lub II stopnia specjalizacji – zał. nr .....
- 4) certyfikat ukończenia kursu balneologii i medycyny fizykalnej – zał. nr .....  
(opcjonalnie)
- 5) zaświadczenie o wpisie właściwej Izby Lekarskiej – zał. nr .....
- 6) zaświadczenie o wpisie do KRS lub do ewidencji działalności gospodarczej – zał. nr .....  
.....
- 7) zaświadczenie o nadaniu nr REGON i NIP – zał. nr .....
- 8) polisę OC – zał. nr .....

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na zadanie objęte konkursem – zał. nr.....

Oświadczenie oferenta o braku prawomocnie orzeczonego wobec niego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu – zał. Nr .....

3. proponuje następujące warunki wynagrodzenia tj.:

- 1) za 17-godzinny dyżur w dzień zwykły (od 14:30-7:30) ..... zł/dyżur  
słownie: ..... złotych
- 2) za 24-godzinny dyżur w dzień świąteczny, wolny od pracy(7:00-7:00): ..... zł/dyżur  
słownie: ..... złotych
- 3) za 17-godzinny dyżur w dzień zwykły pod telefonem (od 14:30-7:30)..... zł/dyżur  
słownie: .....złoty
- 4) za 24-godzinny dyżur w dzień świąteczny, wolny od pracy(7:00-7:00) pod telefonem :  
..... zł/dyżur

- słownie: ..... złotych
- 5) cena za przyjazd i obsługę medyczną dyżur pod telefonem .....zł/zdarzenie
- słownie: ..... złotych

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu, projektem umowy i tym samym je akceptuję
2. Świadczenia medyczne udzielać będę w siedzibie SP ZOZ Sanatorium Uzdrowskim MSWiA „AGAT” w Jeleniej Górze przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Świadczeń medycznych udzielać będę osobiście.
4. Zapoznałem się z warunkami uczestnictwa w konkursie i spełniam określone wymogi oraz zapoznałem się z zakresem obowiązków i czynności do zadań na które składam ofertę.
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. Jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
8. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych firmy przez SP ZOZ Sanatorium Uzdrowskie MSWiA „AGAT” w Jeleniej Górze dla potrzeb realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

*(data i podpis składającego oferty)*

