

.....
(pieczęć firmowa oferenta)

**Formularz ofertowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie nocna i świąteczna opieka zdrowotna w POZ
w SP ZOZ w Siemiatyczach**

Nazwa i siedziba Oferenta	
Imię i nazwisko	
Nr telefonu komórkowego	
Adres korespondencyjny	
NIP	
REGON	

1. Posiadane przez Oferenta kwalifikacje i staż pracy:

- wykształcenie wyższe medyczne*,
 specjalizacja w dziedzinie
(wskazać stopień i dziedzinę specjalizacji)*,
 specjalizacja w dziedzinie
(wskazać stopień i dziedzinę specjalizacji)*,
 kursy kwalifikacyjne.....
 staż pracy
(wskazać okres pracy i jednostkę medyczną oraz jej profil)**

* warunek konieczny - właściwe zaznaczyć

2. Proponowana kwota za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nocna i świąteczna opieka zdrowotna w POZ Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach:

- za godzinę realizacji świadczeń zdrowotnych.

3. Proponowana ilość godzin realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie nocna i świąteczna opieka zdrowotna w POZ Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach godzin miesięcznie.

4. Oświadczam, że:

- a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz z treścią wzoru Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę zastrzeżeń,
- b) posiadam uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do realizacji przedmiotu zamówienia,
- c) w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia Umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
- d) uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert,
- e) zobowiązuję się dostarczyć w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach w terminie do 14 dni od daty jej zawarcia, kopię aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku lub przy udzielaniu lub zaniechaniu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- f) w przypadku realizacji świadczeń przy użyciu aparatów i urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne zobowiązuję się dostarczyć w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach w terminie do 14 dni od daty jej zawarcia kopię aktualnego zaświadczenia o braku przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji świadczeń w powyższym zakresie.

5. Do oferty załączam następujące dokumenty:

- a) kopię dyplomu ukończenia Akademii Medycznej / Uniwersytetu Medycznego,
- b) kopię prawa wykonywania zawodu,
- c) kopię dyplomu specjalizacji w dziedzinie,
- d) kopię dyplomu specjalizacji w dziedzinie,
- e) inne dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje lub doświadczenie zawodowe:
.....
.....
- f) kopię wpisu do rejestru indywidualnych lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich,
- g) kopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- h) kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji świadczeń w zakresie objętym przedmiotem konkursu.

6. Jednocześnie zobowiązuję się:

- a) przedłożyć Udzielającemu Zamówienie do wglądu oryginały dokumentów wymienionych w pkt. 5 formularza ofertowego, w celu potwierdzenia ich zgodności z przedłożonymi kopiami,
- b) niezwłocznie dostarczyć Udzielającemu Zamówienie kopię w/w dokumentów w przypadku ich zmiany.

.....
Pieczątką i podpis Oferenta/

.....
/miejscość i data /

/