

Konkurs ofert – POZ

FORMULARZ OFERTOWY

1 Dane osobowe/ Nazwa firmy: (tel. email, adres)

.....

.....

2 NIP.....

3 REGON.....

4 Nr prawa wykonywania zawodu.....

5 Posiadane kwalifikacje

Przyjmujący zamówienie proponuje przyjęcie wynagrodzenia wg następujących zasad:

6 Proponowana **cena brutto** realizacji zamówienia za wykonywanie świadczeń

Rodzaj usługi	Propozycja wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie wyrażona w zł brutto za godzinę
Świadczenia medyczne – podstawowa opieka zdrowotna – pacjenci doroślizł.

7 Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach określonych w miesięcznym harmonogramie.

Dzień tygodnia	Proponowane godziny pracy (pacjenci dorośli)	Uwagi
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

Proponowane godziny udzielania świadczeń są propozycją i zostaną uzgodnione z Udzielającym zamówienie.

Załączniki:

Dokumenty wymienione w punkcie V Ogłoszenia, zobowiązuję się obowiązkowo dostarczyć do dnia podpisania umowy.

Podpis i data

Konkurs ofert – POZ”

FORMULARZ OFERTOWY

8 Dane osobowe/ Nazwa firmy: (tel. email, adres)

.....

.....

9 NIP.....

10 REGON.....

11 Nr prawa wykonywania zawodu.....

12 Posiadane kwalifikacje

**Przyjmujący zamówienie proponuje przyjęcie wynagrodzenia wg
następujących zasad:**

13 Proponowana **cena brutto** realizacji zamówienia za wykonywanie świadczeń

Rodzaj usługi	Propozycja wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie wyrażona w zł brutto za godzinę
Świadczenia medyczne – podstawowa opieka zdrowotna – dzieci (0-18 lat)zł.

14 Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach określonych w miesięcznym harmonogramie.

Dzień tygodnia	Proponowane godziny pracy dzieci (0-18 lat)	Uwagi
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

Proponowane godziny udzielania świadczeń są propozycją i zostaną uzgodnione z Udzielającym zamówienie.

Załączniki:

Dokumenty wymienione w punkcie **V** ogłoszenia – zobowiązuję się obowiązkowo dostarczyć do dnia podpisania umowy.

Podpis i data

.....
Pieczętka z pełną nazwą (lub nazwa) Oferenta

OŚWIADCZENIE

- 1 Oświadczam, że **spełniam warunki** określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.
- 2 Oświadczam, że **zapoznałem się** z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- 3 Oświadczam, że **zapoznałem się** wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
- 4 Oświadczam, że **pozostanę związany** ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
- 5 Oświadczam, że wszystkie wymagane ogłoszeniem dokumenty niezbędne do podpisania umowy **są zgodne** z aktualnym stanem faktycznym i prawnym i zostaną dostarczone do dnia jej podpisania.
- 6 Oświadczam, że **umowę będę realizował** zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 7 Oświadczam, że **posiadam** zezwolenie Izby Lekarskiej na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej,
- 8 Oświadczam, że **posiadam** wypis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

.....
Data i podpis Oferenta