

FORMULARZ OFERTY

w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

Nazwa Oferenta (imię i nazwisko).....nazwisko rodowe*.....

Adres (siedziba) Oferenta.....

Imię ojca*..... imię matki*.....

Nr telefonuAdres email:.....

NIP

Regon

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie, składam ofertę na udzielanie świadczeń:

Grupa i Pakiet	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Kwota wynagrodzenia (zł) zgodna z grupą SWKO
Grupa II Pakiet 2	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Otolaryngologicznym z Pododdziałem	 za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dniu powszednim (od poniedziałku do piątku)
		 za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy,
		 za jedną godzinę w przypadku dyżuru w gotowości do pracy lekarza specjalisty w dniu powszednim (od poniedziałku do piątku),
		 za jedną godzinę w przypadku dyżuru w gotowości do pracy lekarza specjalisty w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy,

		 za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza bez specjalizacji w dniu powszednim (od poniedziałku do piątku),
		 za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza bez specjalizacji w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy,
		 za jedną godzinę w przypadku dyżuru w gotowości do pracy lekarza bez specjalizacji w dniu powszednim (od poniedziałku do piątku),
		 jedną godzinę w przypadku dyżuru w gotowości do pracy lekarza bez specjalizacji w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy,

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią: ogłoszenia, szczegółowych warunków konkursu ofert oraz projektem umowy oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielał będę przy wykorzystaniu pomieszczeń, wyposażenia, aparatury i sprzętu medycznego, środków medycznych, środków transportu i łączności udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że ze złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
4. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w miejscu i czasie wyznaczonym przez organizatora konkursu.
5. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej odpowiadającego warunkom obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonego w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018, poz. 160 t.j.) i zgodnego z przepisami wydanymi na jego podstawie oraz zobowiązuję się do utrzymywania aktualnego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
6. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne udzielane będą przez osoby zgodnie z załączoną listą imienną (wraz z ich podpisami) oraz kwalifikacjami zawodowymi i zgodą na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności oferenta **

Lp.	Imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych	Kwalifikacje zawodowe	Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności Oferenta (podpis osoby udzielającej świadczeń)	Informacja dotycząca prowadzenia działalności gospodarczej

.....
Podpis Oferenta lub osób uprawnionych

*** Dotyczy oferentów indywidualnych**

**** Nie dotyczy Oferentów składających indywidualne oferty.**

**** wypełnić w przypadku złożenia oferty przez spółkę cywilną lub spółkę prawa handlowego**

Tomasz Huber

RADCA PRAWNY
KR-3009