

FORMULARZ OFERTY

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

Imię i nazwisko (lub nazwa podmiotu leczniczego).....

nazwisko rodowe*

Adres 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:

Pakiet	Wymiar miesięczny kontraktu	Kwota wynagrodzenia (zł) zgodna z grupą SWKO
.....		 stawka miesięczna (ryczałtowa)

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią: ogłoszenia, szczegółowych warunków konkursu ofert oraz projektem umowy oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę przy wykorzystaniu pomieszczeń, wyposażenia, aparatury i sprzętu medycznego, środków medycznych, środków transportu i łączności udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia.
- Oświadczam, że ze złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
- 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.
- 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 2021, poz. 711 ze zm.) i zgodnego z przepisami wydanymi na jego podstawie oraz zobowiązuję się do utrzymywania aktualnego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
- 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	deklaracja udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach działalności Oferenta (<i>podpis osoby wskazanej w kolumnie numer 2 formularza</i>)	Informacja dotycząca prowadzenia działalności gospodarczej formy wykonywania zawodu przez osoby wskazane 2 kolumnie 2

.....
Podpis Oferenta lub osoby uprawnionej

* dotyczy wyłącznie Oferentów składających oferty w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej w formie praktyki lekarskiej

** nie dotyczy Oferentów składających indywidualne oferty. Wypełnić wyłącznie przypadku złożenia oferty przez oferenta wykonującego działalność w formie podmiotu leczniczego.