

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane Oferenta

Nazwa i siedziba Oferenta:

.....

.....

Wpisany do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą pod nr

prowadzonego przez.....

Nr telefonu: Nr Faksu:

Email:

NIP REGON.....

Osoba uprawniona do kontaktu z Udzielającym zamówienie (imię, nazwisko, stanowisko, nr telefonu, adres email)

.....

2. Przedmiot ofert¹

- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia stacjonarnych dyżurów lekarskich w jednostce „Zimowit”
- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia stacjonarnych dyżurów lekarskich w jednostce „Eskulap”
- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia stacjonarnych dyżurów lekarskich w jednostce „Polonia”
- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia stacjonarnych dyżurów lekarskich w jednostce „Świtezianka”
- ☐ Udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących zabezpieczenie opieki lekarskiej w jednostkach udzielającego zamówienie

¹ Należy zaznaczyć jeden wybrany przedmiot oferty

3. Oferowana cena za świadczenie zdrowotne²

A. Stacjonarne dyżury lekarskie – Zimowit oraz dyżury pod telefonem:

Lp.	Rodzaj dyżuru	Cena brutto za 1 godzinę dyżuru
1	Dyżur zwykły	
2	Dyżur świąteczny	

Lp.	Rodzaj dyżuru	Cena brutto za dyżur
1	Dyżur zwykły pod telefonem	
2	Dyżur świąteczny pod telefonem	

B. Stacjonarne dyżury lekarskie – Eskulap:

Lp.	Rodzaj dyżuru	Cena brutto za 1 godzinę dyżuru
1	Dyżur zwykły	
2	Dyżur świąteczny	

C. Stacjonarne dyżury lekarskie – Polonia:

Lp.	Rodzaj dyżuru	Cena brutto za 1 godzinę dyżuru
1	Dyżur zwykły	
2	Dyżur świąteczny	

D. Stacjonarne dyżury lekarskie – Świtezianka:

Lp.	Rodzaj dyżuru	Cena brutto za 1 godzinę dyżuru
1	Dyżur zwykły	
2	Dyżur świąteczny	

E. Opieka lekarska w jednostkach Udzielającego zamówienie

Lp.	Rodzaj świadczeń zdrowotnych	Cena brutto za 1 pacjenta
1	Prewencja rentowa ZUS w schorzeniach narządu ruchu	

² Należy wybrać rodzaj świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem oferty.

4. Oświadczenia Oferenta

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się z Regulaminem konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych Nr DLO-RKOŚZ-3/2018, z treścią ogłoszenia, z wzorem umowy i nie wnoszę do treści ww. dokumentów zastrzeżeń oraz otrzymałem od Udzielającego zamówienie informacje niezbędne do przygotowania oferty,
- 2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach zaproponowanych we wzorze umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie,
- 3) uważam się za związanego niniejszą ofertą przez czas wskazany w Regulaminie konkursu ofert.

Załączniki do oferty:

- 1) zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,
- 2) dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą,
- 3) potwierdzenie nadania numeru NIP,
- 4) zaświadczenie o nadaniu numeru REGON,
- 5) dokument potwierdzający zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z przepisami Ustawy o działalności leczniczej lub oświadczenie stanowiące Załącznik Nr 2 do Regulaminu,
- 6) oświadczenie o niezaleganiu stanowiące Załącznik Nr 3 do Regulaminu,
- 7) oświadczenie o posiadaniu w dyspozycji lekarzy stanowiące Załącznik Nr 4 do Regulaminu,
- 8) inne (wymienić jakie):

-

-

-

Data

.....

Pieczętka i podpis Oferenta