

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki
Zdrowotnej w Leżajsku
ul. Leśna 22, 37-300 Leżajsk

OFERTA

W związku z konkursem ofert ogłoszonym w dniu **09.02.2018 r.** przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku składam ofertę **na pełnienie dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.**

1. Dane o ofercie

Pełna nazwa oferenta: _____

Imię i nazwisko: _____

Prawo wykonywania zawodu nr _____ Wydane przez _____

Wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod nr _____
prowadzonego przez _____

Adres oferenta: _____

tel. _____

NIP _____ REGON _____

Bank _____ Nr konta _____

2. Przedmiot oferty

Świadczenia będą udzielane zgodnie z zasadami określonymi w Szczegółowych warunkach konkursu i projekcie umowy i będą udzielane wg harmonogramu ustalanego na każdy miesiąc przez strony. Zobowiązuję się do pełnienia następujących ilości dyżurów: do _____ dyżurów w miesiącu.

W imieniu Przyjmującego zamówienie świadczenia będą udzielane przez następujących lekarzy (należy podać imię i nazwisko oraz kwalifikacje):

3. Proponowany czas trwania umowy: od _____ do _____

4. Cena oferty i warunki płatności

Za udzielanie świadczeń proponuję następujące ceny:

– lekarz posiadający specjalizację _____ zł brutto za godzinę udzielania świadczeń

– lekarz po 2 latach specjalizacji _____ zł brutto za godzinę udzielania świadczeń

5. W przypadku nierozstrzygnięcia konkursu z powodu proponowanych wysokości stawek zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.

6. W przypadku wygrania konkursu przed podpisaniem umowy zobowiązuje się dostarczyć polisę ubezpieczenia OC zawartego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

7. Ceny określone w ofercie pozostaną bez zmian przez cały okres obowiązywania umowy.

8. Oświadczenia

1) Oświadczam, że nie byłem karany i nie toczą się przeciwko mnie postępowania karne.

2) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert na świadczenia zdrowotne oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Warunki konkursu akceptuję jako integralną część umowy.

3) Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania określone przez Udzielającego Zamówienia w Szczegółowych warunkach konkursu oraz zawarte w materiałach informacyjnych NFZ dotyczących odpowiedniego zakresu świadczeń i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

4) Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

9. Załączniki do oferty: (wymienić niżej załączane do oferty zgodnie ze Szczegółowymi warunkami konkursu załączniki):

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis oferenta