

Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

FORMULARZ OFERTY

I. Instrukcja dla Oferenta

1. Niniejszy formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany poprzez osobę do tego upoważnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokument w postaci kserokopii musi być potwierdzony przez Oferenta „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętką Oferenta.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony formularza Oferty muszą być ponumerowane przez Oferenta.

II. Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa Oferenta

--

2. Siedziba Oferenta:

Miejscowość		Ulica	Numer
Kod pocztowy		Miejscowość	
Telefon		Fax	E-mail
REGON	NIP	KRS	Nr Księgi Rejestrowej w Krajowym Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
Nr konta bankowego			

III. Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty zawarte w ogłoszeniu o konkursie, niniejszym składam ofertę o udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie/rodzaju:

udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych na stanowisku lekarza w *Oddziale nerwic młodzieżowych* w Szpitalu Mazowieckim w Garwolinie Sp. z o.o.

IV. Oferowana kwota wynagrodzenia

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych (MI), za cenę zł za godzinę (słownie:) brutto.
2. Deklaruję minimum godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w ciągu jednego miesiąca kalendarzowego.

UWAGA!!!

zgodnie z MI maksymalna ilość godzin w wymiarze miesięcznie nieprzekraczającym 160, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych w wymiarze nie mniej niż 80 godzin w miesiącu.

V. Oświadczenia Oferenta:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
3. Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki wskazane w MI, a także dysponuję personelem określonym w MI i spełniam wszystkie wymagania Udzielającego Zamówienie w tym zakresie.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie/rodzaju dla Szpitala Mazowieckiego w Garwolinie Sp. z o.o. na okres: od dnia r. do dnia r.
5. W okresie trwania umowy zobowiązuję się do obsługi systemu informatycznego OPTIMED NEXT stosowanego przez Udzielającego Zamówienia w zakresie niezbędnym do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej i rozliczeniowej oraz dokumentacji medycznej, a także pozwalającym na utworzenie komunikatu sprawozdawczego do NFZ z realizacji umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi w ramach świadczeń objętych niniejszą umową.
6. Oświadczam, że posiadam aktualne zaświadczenie o niekaralności, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia niniejszego oświadczenia, i zobowiązuję się do dostarczenia go przed podpisaniem umowy.
7. Oświadczam, że posiadam ważną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) obejmującą wykonywaną przeze mnie działalność zawodową. Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy przed podpisaniem umowy.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku, którego dotyczy konkurs. Zobowiązuję się do dostarczenia zaświadczenia przed rozpoczęciem podpisaniem umowy.
9. W okresie trwania umowy zapewniam, że oferowane ceny jednostkowe nie wzrosną przez okres 12 miesięcy.

10. Oferuję termin płatności 30 dni od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego zamówienia.
 11. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez, pod numerem księgi rejestrowej podanym wyżej (pkt II.2) i posiadam uprawnienia do prowadzenia działalności objętej konkursem.
 12. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
 13. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą udzielane w oparciu o sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z wymogami określonymi w obowiązujących przepisach prawa oraz posiadających stosowne certyfikaty i atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami, a także aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione serwisy.
 14. Oświadczam, że załączony do MI wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
13. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
14. Wyrażam / nie wyrażam* zgodę na doręczanie przez Udzielającego Zamówienia korespondencji związanej z postępowaniem konkursowym za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE na adres:

Adres poczty elektronicznej Oferenta	
--------------------------------------	--

*niepotrzebne skreślić

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis Oferenta)

Załączniki:

1.
2.
3.
4.
5.

6.
7.
8.