

**Załącznik nr 2 do Specyfikacji Zamówienia
z dnia 03.03.2009 r.
(oznaczenie sprawy: Dyżury lekarskie)**

**FORMULARZ OFERTY
(dyżury medyczne)**

dla Górnośląskiego Ośrodka Rehabilitacji Dzieci im. dr A. Szebesty w Rabce - Zdrój

Nazwa Oferenta

Adres (siedziba) Oferenta

Nr telefonu Nr faxu

Organ rejestracyjny

Nr wpisu do rejestru

NIP.....

Regon

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych – pełnienia dyżurów lekarskich w Górnośląskim Ośrodku Rehabilitacji Dzieci im. dr A. Szebesty w Rabce – Zdrój składam ofertę pełnienia w okresie 1.04.2009 r. – 31.03.2011 r. dyżurów lekarskich wg następujących stawek:

Lp.	Rodzaj dyżuru	stawka za 1 dyżur (w zł.)
1	dyżur 16 godz. 25 min. (lekarz ze specjalizacją)	400 zł.
2	dyżur 16 godz. 25 min. (lekarz w trakcie specjalizacji)	350 zł.
3	dyżur 24 godz. (lekarz ze specjalizacją)	700 zł.
4	dyżur 24 godz. (lekarz w trakcie specjalizacji)	650 zł.

* niepotrzebne skreślić

Oferuję pełnienie dyżurów zwykłych (16 godz.25 min.) oraz dyżurów świątecznych (24 godz.) w miesiącu.

- Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami konkursu, treścią ogłoszenia, specyfikacji konkursowej oraz projektem umowy oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego, środków transportu i łączności udostępnionych przez Udzielającego zamówienie.
- Oświadczam, że 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 wyznaczonym przez organizatora konkursu i w terminie zgodnym z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. Nr 93, poz. 592).
- Oświadczam, że w przypadku podpisania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne przedstawię stosowną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (Dz. U. nr 283 poz. 2825).
- Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będą następujące osoby:

L p	Imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych	Kwalifikacje zawodowe	Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności oferenta (podpis osoby z kol. II)**	Nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej lecznictwa uzdrowiskowego	Okres realizacji (początek/koniec)
I	II	III	IV	V	VI
1					
2					
3					
4					
5					
6					

**** Oferent prowadzący indywidualną (indywidualną specjalistyczną) praktykę lekarską oraz osoba, o której mowa w art. 35 ust. 1 pkt 3 ustawy o zoz nie wypełnia kolumny IV.**

Ilość załączników:

.....
 Podpis Oferenta lub osób uprawnionych
 do reprezentowania Oferenta