

FORMULARZ OFERTOWY

(oznaczenie sprawy: Rehabilitant)
dla Śląskiego Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowego
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 udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia funkcji rehabilitanta na rzecz pacjentów Śląskiego Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowego im. dr. A. Szebesty w Rabce – Zdrój, w zakresie obejmującym świadczenia technika fizykoterapeuty, oferuję udzielanie świadczeń wg następujących stawek:

Rodzaj świadczenia rehabilitanta:	Stawka za 1 godzinę (w zł.) <i>Uwaga, udzielający zamówienie informuje, że maksymalna akceptowana stawka godzinowa (za 1 godzinę udzielania świadczeń) wynosi 19,00 zł brutto.</i>
Technik fizykoterapeuta zł.
Oferuję udzielanie świadczeń w wymiarze _____ godzin przeciętnie w miesiącu	

1. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami konkursu, treścią ogłoszenia, specyfikacją konkursowej oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego, środków transportu i łączności udostępnionych przez Udzielającego zamówienie.
3. Oświadczam, że złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
4. 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).

5. 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).
6. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będą następujące osoby:

Lp.	Imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych	Kwalifikacje Zawodowe (wymagana kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe)	Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności oferenta (podpis osoby z kol. II)*
I	II	III	IV
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