

FORMULARZ OFERTY

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 udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej na rzecz pacjentów Górnośląskiego Ośrodka Rehabilitacji Dzieci im. dr A. Szebesty w Rabce – Zdrój, w zakresie obejmującym świadczenia lekarza asystenta: ze specjalnością pulmonologia, pediatria, choroby wewnętrzne, rehabilitacja medyczna, oferuję udzielanie świadczeń wg następujących stawek:

Rodzaj świadczenia	stawka za 1 godzinę (w zł.)
opieka lekarska w dziedzinie: rehabilitacja medyczna	zł.

Oferuję udzielanie świadczeń w wymiarze _____ godzin przeciętnie 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

Spółecznej 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	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