

FORMULARZ OFERTOWY

(oznaczenie sprawy: Lekarze asystenci)
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 opieki lekarskiej na rzecz pacjentów Śląskiego Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowego im. dr. A. Szebesty w Rabce – Zdrój, w zakresie obejmującym świadczenia lekarza asystenta ze specjalnością: pulmonologia, pediatria, balneologia, rehabilitacja medyczna, rehabilitacja ogólnoustrojowa; dopuszcza się lekarzy w trakcie wymienionych specjalizacji oferując udzielanie świadczeń wg następujących stawek:

Rodzaj świadczenia lekarza asystenta:	Stawka za 1 godzinę (w zł.) <i>Uwaga, udzielający zamówienie informuje, że maksymalna akceptowana stawka godzinowa (za 1 godzinę udzielania świadczeń) wynosi 40,00 zł brutto.</i>
udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej nad pacjentami leczonymi w oddziale B Śląskiego Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowego im. dr Adama Szebesty w Rabce–Zdroju zł.
Oferuję udzielanie świadczeń w wymiarze _____ godzin przeciętnie w miesiącu	

1. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami konkursu, treścią ogłoszenia, specyfikacji 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-
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 art. 25 ustawy o działalności leczniczej (z zastrzeżeniem postanowień art. 212 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej).
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 praktykę lekarską oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny nie wypełnia kolumny IV.

Ilość załączników:

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