

**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: pediatria, choroby płuc, rehabilitacji medycznej i balneologii i medycyny fizykalnej, choroby wewnętrzne, reumatologia, ortopedia, pulmonologia, balneoklimatologia; dopuszcza się lekarzy w trakcie wymienionych specjalizacji oferując udzielanie świadczeń wg następujących stawek:

<b>Rodzaj świadczenia lekarza asystenta:</b>	<b>Stawka za 1 godzinę (w zł.)</b> <i>Uwaga, udzielający zamówienie informuje, że maksymalna akceptowana stawka godzinowa (za 1 godzinę udzielania świadczeń) wynosi 45,00 zł brutto.</i>
<b>opieka lekarska w dziedzinie: rehabilitacja medyczna</b>	..... zł.
<b>Oferuję udzielanie świadczeń w wymiarze _____ godzin przeciętnie w miesiącu</b>	

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 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 (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