

**Załącznik nr 2 do Specyfikacji Zamówienia
z dnia 03.03.2011 r.
(oznaczenie sprawy: Dyżury lekarskie)**

FORMULARZ OFERTOWY

(oznaczenie sprawy: Dyżury lekarskie)
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 przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych – pełnienia dyżurów lekarskich w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowym im. dr. A. Szebesty w Rabce – Zdroju składam ofertę pełnienia w okresie 01.04.2011 r. – 31.03.2013 r. dyżurów lekarskich wg następujących stawek:

Lp.	Rodzaj dyżuru *	Stawka za 1 dyżur (w zł.)
1	dyżur 16 godz. 25 min. (lekarz ze specjalizacją)	500 zł.
2	dyżur 16 godz. 25 min. (lekarz w trakcie specjalizacji)	450 zł.
3	dyżur 24 godz. (lekarz ze specjalizacją)	800 zł.
4	dyżur 24 godz. (lekarz w trakcie specjalizacji)	750 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 udzielał 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).

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