

FORMULARZ OFERTYdla Śląskiego Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowego im. dr. Adama Szebesty w
Rabce - Zdroju

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 w dziedzinie rehabilitacji medycznej na rzecz pacjentów Śląskiego Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowego im. dr. Adama Szebesty w Rabce - Zdroju, w zakresie obejmującym świadczenia lekarza: ze specjalnością rehabilitacji lub ze specjalnością balneologii i medycyny fizykalnej wraz z pełnieniem funkcji Kierownika Działu Rehabilitacji oraz Balneologii w okresie 01.01.2012 r. – 31.12.2013 r. 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 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.

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 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	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