

**FORMULARZ OFERTY**

dla Górnośląskiego Ośrodka Rehabilitacji Dzieci im. dr A. Szabestey 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 w dziedzinie rehabilitacji medycznej na rzecz pacjentów Górnośląskiego Ośrodka Rehabilitacji Dzieci im. dr A. Szabestey w Rabce – Zdrój, 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 04.01.2010 r. – 31.12.2011 r. oferuję udzielenie świadczeń wg następujących stawek:

| Rodzaj świadczenia                                      | stawka za 1 godzinę (w zł.) |
|---|-----------------------------|
| opieka lekarska w dziedzinie:<br>rehabilitacja medyczna | zł.                         |

Oferuję udzielenie 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 Społecznej 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