

FORMULARZ OFERTY

O F E R T A

na wykonywanie usług lekarskich

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie.....

Nr dokumentu specjalizacji(dla podmiotu w trakcie specjalizacji).....

Nr wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą.....

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej (nazwa organu dokonującego wpisu)

.....

NIP.....REGON.....

Adres siedziby.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem siedziby oferenta).....

Telefone-mail.....

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, oraz „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Zapoznał się z projektem umowy i nie wnosi do niego zastrzeżeń oraz zobowiązuje się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.
3. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.

4. Jego uprawnienia do wykonywania zawodu są aktualne i że nie toczy się w stosunku do niego postępowanie wyjaśniające przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej ani postępowanie przygotowawcze.
5. Prowadzi Specjalistyczną Indywidualną Praktykę Lekarską w dziedzinie, zarejestrowaną w rejestrze indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich w OIL zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
6. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
7. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na równowartość na dzień podpisania umowy.*
8. Pozostaje związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji niniejszego konkursu ofert zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczona kopia dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje – zał. nr 1
2. Poświadczona kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej – zał. nr 2
3. Poświadczona kopia nadania numeru REGON i NIP – zał. nr 3
4. Poświadczona kopia aktualnego badania do celów sanitarno – epidemiologicznych – zał. nr 4
5. Poświadczona kopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego – badania profilaktyczne - zał. nr 5
6. Poświadczona kopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu bhp - zał. nr 6
7. Kserokopia polisy oc lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy – zał. nr 7
8. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.

*-niepotrzebne skreślić

OFERTA CENOWA
na wykonywanie usług lekarskich

Zobowiązuje się świadczyć usługi lekarskie w **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi** :

*a) za zryczałtowaną stawkę godzinowego wynagrodzenia zł brutto,
(słownie)

w ilości godzin w miesiącu :

⇒

Maksymalna kwota za okres miesiąca realizacji umowy wynosi
.....zł brutto.

Maksymalna kwota za okres obowiązywania umowy tj.

wynosi.....zł brutto.

*b) Wyrażam zgodę na wykonywanie usługi w poradni.....

wg założenia : brutto 10.50 zł za poradę, brutto 18.60 zł za wizytę pierwszorazową kompleksową oraz brutto 3.10 zł za 1 punkt rozliczeniowy z NFZ w przypadku porad zabiegowych.

Wyrażam zgodę na proponowany czas zawarcia umowy na świadczenie usług lekarskich nie dłuższy niż

Dnia,

Podpis i pieczęćka.....