

Samodzielny Publiczny Gminny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni
32-700 BOCHNIA
ul. Kazimierza Wielkiego 26
Samodzielny Publiczny Gminny
Zakład Opieki Zdrowotnej Bochnia
32-744 Łąpczyca 496
tel. 14 511 55 30
NIP 368-16-00-307 REGON: 850446373

065/100042

OFERTA

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Samodzielnego
Publicznego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bochni.

1. Oferowane świadczenia w zakresie/ kwalifikacje przyjmującego

zamówienie:

(wpisać zakres oraz kwalifikacje zgodnie z § 6 ust 2 Szczegółowych warunków konkursu ofert)

2. Oferowane miejsce wykonywania świadczeń (wpisać część zamówienia):

a)

(wpisać lokalizację zgodnie z § 6 ust 2 Szczegółowych warunków konkursu ofert)

3. Pełna nazwa Oferenta :

.....
.....
.....

prowadzący działalność gospodarczą nie prowadzący działalności gospodarczej
(we właściwym okienku wpisać znak X)

4. Numer wpisu do właściwego rejestru –jeśli oferent posiada:

.....
.....

5. Regon –jeśli oferent posiada:

6. NIP –jeśli oferent posiada:

7. Bank:.....

8. Nr rachunku bankowego:.....

9. Adres prowadzonej działalności gospodarczej –jeśli oferent posiada

.....
.....

10. Adres do korespondencji:

.....
.....

11. Telefon: Fax:

12. Nr prawa wykonywania zawodu data jego uzyskania

13. PESEL

14. Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji, a w przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji data jej rozpoczęcia, dyplomy potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą uzyskania uprawnień, certyfikaty potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą ich uzyskania):

.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

15. Doświadczenie i dodatkowe uprawnienia zawodowe:

.....
.....

16. Oferowana dostępność do świadczeń realizowanych w ramach zawartej przez Udzielającego zamówienie z NFZ:

- Poniedziałek godz. od..... do.....
- Wtorek godz. od..... do.....
- Środa godz. od..... do.....
- Czwartek godz. od..... do.....
- Piątek godz. od..... do.....

Łącznie oferowana liczba godzin w tygodniu:

17.1 Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym i uprawnionym do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w ramach i na zasadach umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z Oddziałem NFZ.

Za wykonywanie w/w świadczeń zdrowotnych oczekuję wynagrodzenia

za jedną godzinę w kwocie zł brutto.

(słowniezł brutto)

18. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych - załączam do oferty.

.....
data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli



OŚWIADCZENIE OFERENTA *

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że uzyskałem wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do przedłożenia w dniu zawarcia umowy polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011r. nr 293 poz. 1729).
8. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
9. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie oraz w niniejszych i załączonych odrębnie oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
10. Oświadczam, że w ramach wykonywanej działalności leczniczej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

.....
data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

* Oferent wykreśla punkty, które go nie dotyczą.

