

OFERTA

....., dnia.....

.....
pieczętka

I. Dane Oferenta:

1. Imię i Nazwisko

2. Adres

.....

2. Numer telefonu.

II. Przedmiot oferty:

Oferta dotyczy postępowania konkursowego ogłoszonego przez:
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWA
STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO POWIATU WARSZAWSKIEGO
ZACHODNIEGO W BŁONIU
05-870 Błonie, ul. Lesznowska 20a

na:

Wykonywanie usług medycznych w zakresie:

- lekarzy systemu

III. Potwierdzenie spełnienia wymagań formalno - prawnych

1. wypełniony formularz oferty, przedstawiony przez Zamawiającego
.....str.....
2. CV(dla osób, które będą świadczyły działalność)
.....str.....
3. zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych osób, które będą udzielały świadczeń w postaci:
 - dyplomu lekarza
 - prawa wykonywania zawodu lekarza
 - dyplomu specjalizacji
4. odpis zezwolenia oraz odpis wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich we właściwej okręgowej izbie lekarskiej z numerem zezwolenia stosownie do zapisów Ustawy o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996r. / Dz. U. Nr. 26, poz. 152 z późn. zmianami/ lub oświadczenia o wszczęciu postępowania rejestracji praktyki indywidualnej.....str.
5. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej;.....str.....
6. kopia decyzji o nadaniu REGON..... str.....
7. kopia decyzji o nadaniu NIP..... str.....

IV. Potwierdzenie zapoznania się z treścią ogłoszenia, SWK oraz przyjęcia do wiadomości warunków ustaleń, które są projekcie umowy

Występując w postępowaniu konkursowym na świadczenie usług medycznych w zakresie:

.....
.....

oświadczam, iż zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, SWK oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

OFERTA z załącznikami zawiera łącznie: ponumerowanych stron.

.....
podpis Oferenta



Błonie, dnia r.

FORMULARZ OFERTOWY

na wykonywanie usług medycznych w
SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ
POWIATOWA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO POWIATU
WARSZAWSKIEGO ZACHODNIEGO W BŁONIU

.....
.....
(wpisać usługę)

IMIĘ I NAZWISKO.....

SPECJALIZACJA.....

OBECNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA.....
.....

**Za realizację zamówienia oczekuję należności w wysokości
za jedną godzinę świadczeń.**

Zobowiązuję się do wykonania godzin w każdym miesiącu.

**Za realizację zamówienia oczekuje należności w wysokości:
..... za jedną godzinę świadczeń**

- wypełniają tylko lekarze ratownictwa medycznego:

W zespołach wyjazdowych preferowane będą oferty dotyczące pełnienia dyżurów w tzw. "automacie", to znaczy co 4 lub co 8 dzień w godz. 7:00-7:00 (ew. innych, do negocjacji). Ich planowanie odbywać się będzie w pierwszej kolejności.

Wyrażam gotowość do dyżurowania w tzw. "automacie" tzn. co 4-ty*, co 8-my* dzień.

tak, nie *niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z przepisami art. 26 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013.217 j.t.)

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy.

.....
Podpis składającego ofertę

