

Formularz oferty

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany, jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów wymienionych w Rozdziale I pkt. 8 MI.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętą Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone w oryginale do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Zaleca się aby wszystkie strony Formularza oferty były parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lekarza																	
Rodzaj praktyki lekarskiej							Nr prawa wykonywania zawodu										
Organ prowadzący rejestr (nazwa okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)							Nr księgi rejestrowej										
Adres zamieszkania																	
Kraj				Miejscowość													
Kod pocztowy				Poczta													
Ulica						Nr domu				Nr lokalu							
E-mail				telefon				fax									
Adres do korespondencji																	
Kraj						Miejscowość											
Kod pocztowy				Poczta													
Ulica						Nr domu				Nr lokalu							
Działalność gospodarcza																	
Nazwa firmy										Siedziba							
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)							-					-			-		

III. Proponowana kwota wynagrodzenia:

Za realizację zamówienia, zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i Szczegółowych Warunkach Konkursu, oferuję wynagrodzenie:

Udzielenie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z Pododdziałami: Chirurgii Naczyniowej, Chirurgii Onkologicznej i Poradni Chirurgii Ogólnej oraz kierowanie i zarządzanie pracą tych komórek.

..... zł brutto miesięcznie

(słownie: zł)

IV. Oświadczenia :

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen przez okres obowiązywania umowy.
2. Oferuję termin płatności dni (min. 14 dni) od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: od dnia 01.10.2018 r. do dnia 30.06.2021 r. z możliwością przedłużenia umowy na okres nie przekraczający 12 miesięcy.
6. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
7. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem.
11. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.
12. Oświadczam, że posiadam okres w kierowaniu oddziałem chirurgicznym.
Na dzień złożenia oferty miejscem mojego zatrudnienia jest oddział
w
(nazwa podmiotu leczniczego)

Miejscowość data.....