

.....
pieczętka Oferenta

..... dnia

OFERTA

na: „Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez: lekarza/pielęgniarkę /.....w SPWSZ w Szczecinie”

I. DANE OFERENTA

1. imię i nazwisko

.....
.....

2. Adres z kodem*.....

3. tel. * fax./ e-mail *

4. NIP* REGON*

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych przez: lekarza / pielęgniarkę / w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w

2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu, zgodnie z wymaganiami stawianymi w SWKO oraz obowiązującymi powszechnie przepisami.

3. Oświadczam, że świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.

4. Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszenia warunków zawartej umowy.

5. Oświadczam, że posiadam:* lat doświadczenia zawodowego w zakresie

w tym* lat doświadczenia zawodowego w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w SPWSZ (umowa o pracę, umowa cywilno-prawna).

6. Oświadczam, iż prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 584), zgłoszoną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (w załączeniu wydruk wpisu).

III. WARTOŚĆ OFERTY

Lp.	Zakres - nazwa	Cena jednostkowa brutto (ryczałt / stawka za godzinę / % od procedury lub limitu pkt)
1.	2.	4.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

6.		
7.		
8.		

IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

1. Oświadczam, że akceptuję istotne dla Udzielającego zamówienia postanowienia zawarte we wzorze umowy i zobowiązuję się do jej zawarcia na warunkach określonych w niniejszym wzorze w przypadku wyboru mojej oferty.
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy oraz dostarczenia kopii polisy Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu zawarcia umowy w przypadku wyboru mojej oferty (**najpóźniej z dniem rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych**).
3. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych:
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)
 - 5)

V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Termin ważności oferty wynosi **30 dni** od dnia w którym upływa termin do składania ofert.

VI. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.

* - wypełnić /podać/.

podpis Oferenta