

.....
pieczętka Oferenta

..... dnia

OFERTA

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

I. DANE OFERENTA

1. imię i nazwisko

.....
.....

2. Adres z kodem*.....

3. tel. * fax. 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 2013 r., poz. 692 z późn. zm.), 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)
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 terminu do składania ofert.

VI. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

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

* - wypełnić /podać/.

podpis Oferenta