

FORMULARZ OFERTOWY**Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa Oferenta

.....

2. Adres Oferenta:

ulnr

kod pocztowy miejscowość

tel fax

adres e-mail

RegonNIP.....

Numer księgi rejestrowej / KRS

W załączeniu przedkładam*/:

1. W przypadku indywidualnych lub grupowych praktyk – dokument stwierdzający wpis do rejestru praktyki prowadzonego przez właściwą Okręgową Radę Lekarską.
 2. W przypadku oferentów prowadzących działalność gospodarczą zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu (ważny 6 miesięcy).
 3. W przypadku podmiotów leczniczych - aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, (ważny 6 miesięcy).
 4. Prawo wykonywania zawodu lekarza mającego udzielać świadczeń zdrowotnych wraz z dokumentem potwierdzającym specjalizację.
 5. Wykaz lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie z załączonym wzorem.
 6. Aktualną polisę ubezpieczeniową
 7. Aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji zadań wynikających z warunków umowy
 8. Aktualne zaświadczenie potwierdzające ukończenie szkolenia bhp
 9. Posiadane dyplomy, zaświadczenia, certyfikaty potwierdzające posiadanie dodatkowych kwalifikacji / uprawnień
- Powyższe dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

Proponowana kwota należności w zakresie umów kontraktowych (cena brutto) za:**

Konsultację, znieczulenie, zabieg lub jedno badanie, ze wskazaniem rodzaju konsultacji, znieczulenia lub badania (dotyczy zakresu: I, VI ogłoszenia), jeden punkt porady specjalistycznej (dotyczy zakresu: IV ogłoszenia), godzinę dyżuru w dni robocze, godzinę dyżuru w soboty, niedziele i święta (dotyczy zakresu: II ogłoszenia), godzinę dyżuru (dotyczy zakresu: III, IX ogłoszenia), godzinę świadczenia usług (dotyczy zakresu: V pkt 1 ogłoszenia), ryczałt (dotyczy zakresu: V pkt 2, VII, VIII, X ogłoszenia)

.....

Opcjonalnie proponowany miesięczny wymiar liczby godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych (ostateczna decyzja dotycząca wymiaru liczby godzin podjęta zostanie przez Udzielającego Zamówienie).....

.....

Oferta dodatkowa

1. Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard określony w Szczegółowych Warunkach Konkursu

.....

2. Przyjmuję do wiadomości termin płatności w wymiarze 14 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu

* właściwe zakreślić

**właściwe wpisać

.....
 (pieczętka i podpis Oferenta)

