

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 miesięczny).
3. W przypadku podmiotów leczniczych - aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, (ważny 6 miesięczny).
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, opis lub jedno badanie, ze wskazaniem rodzaju konsultacji, badania lub opisu (dotyczy zakresu: III, V ogłoszenia), jeden punkt porady specjalistycznej (dotyczy zakresu: II ogłoszenia), godzinę dyżuru w dni robocze, godzinę dyżuru w soboty, niedziele i święta (dotyczy zakresu: I ogłoszenia), godzinę świadczenia usług (dotyczy zakresu: IV 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)

Załącznik do formularza ofertowego

.....

pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Wykaz osób udzielających świadczeń zdrowotnych

[illegible]