

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 (nr wpisu w RPWDL)..... KRS

W załączeniu przedkładam*/:

1. W przypadku indywidualnych lub grupowych praktyk – dokument stwierdzający wpis do rejestru praktyki prowadzonego przez właściwą Okręgową Radę Lekarską.
 2. Prawo wykonywania zawodu lekarza mającego udzielać świadczeń zdrowotnych wraz z dokumentem potwierdzającym specjalizację.
 3. Wykaz lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie z załączonym wzorem.
 4. Aktualną polisę ubezpieczeniową
 5. Aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji zadań wynikających z warunków umowy
 6. 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:**

1. Konsultację, opis lub jedno badanie, ze wskazaniem rodzaju konsultacji, badania lub opisu (dotyczy zakresu: VII pkt 1)
2. Jeden punkt porady specjalistycznej (dotyczy zakresu: III pkt 1 i 2 ogłoszenia),
3. Nadzór (dyżur ostry) / Podzór (dyżur ostry) -godzinę pracy, pozostałe dyżury za godzinę dyżuru w dni robocze godzinę dyżuru w soboty, niedziele i święta (dotyczy zakresu: I pkt 2 ogłoszenia),
4. Godzinę dyżuru w dni robocze, godzinę dyżuru w soboty, niedziele i święta (dotyczy zakresu: I pkt 1 oraz V ogłoszenia),
5. Godzinę dyżuru (dotyczy zakresu: II ogłoszenia),
6. Godzinę świadczenia usług (dotyczy zakresu: IV pkt 2),
7. Ryczałt (dotyczy zakresu: IV pkt 1 i 3 oraz VI 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]