Załącznik Nr 1
do SWKO

Uchwała Nr U/02/11./2017 Zarządu „Pro-Medica" w Ełku Sp. z o.o. z dnia 09.11.2017r.

.....

Pieczęć nagłówkowa Oferenta

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w poradni specjalistycznej .....

1. Dane o oferencie:

Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu		
Adres	**Kod pocztowy**	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
NIP		
Telefon		

Oświadczam, że jestem wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzoną przez .....pod numerem ..... i do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej z dniem .....,

2. Potwierdzenie spełnienia wymogów konkursu

1) Oświadczenie o zapoznaniu się między innymi z treścią ogłoszenia, SWKO - Załącznik Nr 1 do oferty.
2) Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty.
3) Termin ważności oferty wynosi 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

3. Istotne warunki umowy

1) Oświadczam, że akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i zobowiązuję się do jej zawarcia w przypadku wyboru mojej oferty.
2) Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy i przedłożenia kopii polisy OC na dzień podpisania umowy.
3) Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
4) Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalanym harmonogramem:
   a) poniedziałek w godz. od.....do.....
   b) wtorek w godz. od .....do .....
   c) środa w godz. od. .....do .....
   d) czwartek w godz. od .....do.....
   e) piątek w godz. od .....do.....

4. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuję następujące wynagrodzenie:

1) ..... PLN brutto za .....
2) .....

5 . Proponowany czas trwania umowy do .....

6. Załączniki do oferty

1) kserokopia dyplomu lekarza
2) kserokopia prawa wykonywania zawodu
3) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej
4) zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
5) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
6) polisa o odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy,
7) zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń zdrowotnych u Udzielającego zamówienia lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy
8) .....
9) .....

.....,dnia.....

.....
{podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)