Załącznik nr 1 do SWKO

……..…….. r.

FORMULARZ OFERTY

Dane Oferenta

NAZWA /IMIĘ i NAZWISKO**……..**

SIEDZIBA……**……**

ADRES ……

NIP **……..** REGON **……..……**

telefon……..…i/lub e-mail…….

(Numer NIP i REGON obowiązuje dla lekarzy/osób prowadzących działalność)

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla SP ZOZ GOZ w Konopiskach

1. Składam niniejszą ofertę dotyczącą udzielanie świadczeń zdrowotnych w

   rodzaju …….
   (opisać zgodnie z załącznikiem nr 6 -PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA)

2. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia i ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz zdobyłem(am) konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Oświadczam, że akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 5 do SWKO i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do jej zawarcia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Dyrektora SP ZOZ GOZ w Konopiskach.
4. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach najpóźniej w terminie 30 dni od jej podpisania, kopii polisy ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej podmiotów przyjmujących zamówienia na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń, z rozszerzeniem na wirusowe zapalenie wątroby i wirusa HIV.(Polisa dotyczy Oferenta prowadzącego działalność).
5. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związanej z wykonywaniem zawodu lekarza.

Wypełnić poniżej podając wartość brutto

W przypadku gdy ceny rynkowe ulegną dużej zmianie, istnieje możliwość negocjacji cen, jednak nie wcześniej niż po 7 m-cach.

6. **LEKARZ poradni rehabilitacyjnej**

Proponuję, przez okres trwania umowy, tj. **……..rok** r stawkę wynagrodzenia ryczałtowego za realizację 1 godz.świadczenia /konsultacji w kwocie:

minimalny czas pracy tygodniowo wynosi 9,5 godzin
brutto za godzinę ……zł,
słownie ……..
oraz minimalnie 1 godzina konsultacji tygodniowo
brutto…… zł , słownie ……

Proponowana liczba godzin dziennie : **LEKARZ REHABILITACJI**

Poniedziałek – od.....……do…….....liczba godzin.....

Wtorek – od.....…do…….. .liczba godzin.....

Środa – od.....……do...…….....liczba godzin.....

Czwartek – od…...……do …….....liczba godzin.....

Piątek – od.....……do.....……....liczba godzin.....…

lub

b) lub można podać tygodniowo (uśredniona liczba godzin)…… godzin tygodniowo

Załącznikami do niniejszej oferty zgodnie z SWKO są:

1……

2……..

3……...

4……..

5……..

6……..

7……..

8……

9……..

10……...

…… ……

data i miejscowość czytelny podpis oferenta