

.....
(pieczęć oferenta)

OFERTA

I. Dane podmiotu uprawnionego ubiegającego się o realizację zadania:

1. Pełna nazwa podmiotu:

.....
.....

2. Forma prawna:

.....
.....

3. Dokładny adres indywidualnej praktyki lekarskiej/ grupowej praktyki lekarskiej/ zakładu opieki zdrowotnej – zgodny z wpisem do odpowiedniego rejestru

.....
.....

4. Tel.:

faks:

e-mail:

5. Dokładny adres do korespondencji – podać tylko jeśli jest inny niż w pkt. 3

.....
.....

6. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym **lub w innym rejestrze** (np.: prowadzonym dla indywidualnych/grupowych praktyk lekarskich przez **Świętokrzyską Izbę Lekarską**)

.....

7. Numer REGON:

8. Numer NIP:

9. Nazwa banku i numer rachunku:

.....
10. Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania **Oferenta** w kontaktach zewnętrznych i **posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów)**:
.....
.....

11. Opis przedmiotu oferty (zgodny z ogłoszeniem o konkursie)- opisać w jakim zakresie medycznym oraz przy pomocy jakiego sprzętu (własnego czy będącego w posiadaniu ŚCO Oferent będzie wykonywał świadczenia)
.....
.....
.....

12. Miejsce realizacji zadania:.....
(wpisać Dział ŚCO, w którym będą udzielane świadczenia)

13. Czas udzielania świadczeń przez Oferenta:

(w przypadku gdy Oferent jest zatrudniony na umowę o pracę, deklarowany przez niego czas udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnej nie może obejmować godzin świadczenia pracy określonych w umowie o pracę)
.....
.....
.....

14. Wymagane kwalifikacje – (Oferent powinien posiadać dyplom lekarza oraz specjalizację z dziedziny medycyny paliatywnej.

15. Oferta cenowa:

Proponowana cena za godzinę dyżuru medycznego:

a) za godzinę dyżuru medycznego pełnionego w dni powszednie, tj: od
poniedziałku do piątku: w wysokości

b) za godzinę dyżuru medycznego pełnionego w soboty, niedziele, dni ustawowo uznane za wolne od pracy (tzw. dni świąteczne), dni powszednie w porze

nocnej w wysokości

16. Termin realizacji zadania:

od do

(termin winien wpisać Oferent zgodnie z ogłoszeniem o konkursie)

.....
czytelny podpis Oferenta

17. Załączniki do oferty (**zaznaczyć poniżej i złożyć wymagane załączniki ze względu na formę prawną wykonywanej działalności**)

1. w przypadku indywidualnych praktyk lekarskich:

- 1) dokument stwierdzający wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską,
- 2) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z CEIDG,
- 3) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim, prawo wykonywania zawodu,
- 4) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty,
- 5) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń,
- 6) oświadczenie według załącznika nr 1 do formularza ofertowego.

2. w przypadku grupowych praktyk lekarskich:

- 1) dokument stwierdzający wpis do rejestru grupowych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską,
- 2) umowa spółki,
- 3) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dot. rejestru przedsiębiorców,
- 4) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim lekarzy grupowej praktyki,
- 5) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty,
- 6) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń,
- 7) oświadczenie według załącznika nr 1 do formularza ofertowego.

3. w przypadku zakładów opieki zdrowotnej:

- 1) decyzja o wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej wojewody,
- 2) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,

- 3) Statut Zakładu,
- 4) umowa spółki (dot. nzo-ów)
- 5) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim lekarzy zakładu,
- 6) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty,
- 7) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń,
- 8) oświadczenie według załącznika nr 1 do formularza ofertowego.

.....
czytelny podpis Oferenta

18. Poświadczenie złożenia oferty (miejscowość, data, podpis - wypełnia upoważniony pracownik Sekcji Organizacyjnej ŚCO):

.....