

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

Formularz oferty

**Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Barcinie
ul. Mogileńska 5
88-190 Barcin**

Oferta

1. Pełna nazwa i adres Oferenta:

.....
.....

2. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji

w Poradni
proponuję przyjęcie w dni, w godzinach:

dzień	godzinny świadczenia konsultacji
poniedziałek	
wtorek	
środa	
czwartek	
piątek	

- za co proponuję wynagrodzenie zł brutto za konsultację.

3. Oświadczam , że zapoznałam / zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z wzorem umowy oraz że akceptuję, iż według tego wzoru zostanie zawarta umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
5. Oświadczam , że uważam się związana / związany ofertą 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Załącznikami do niniejszej oferty są :
- a. kserokopie dokumentów stwierdzających nabycie kwalifikacji zawodowych (dyplom, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji oraz innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje,)
 - b. aktualne zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - c. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
 - d. dokument potwierdzający posiadanie przez oferenta odpowiedniego ubezpieczenia OC, wraz z oświadczeniem, że ubezpieczenie to będzie kontynuowane przez cały okres obowiązywania umowy jak również zobowiązaniem się do utrzymania przez cały czas obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia wynikających z aktualnych przepisów prawa lub dołączone oświadczenie, że ubezpieczenie zostanie zawarte przed podpisaniem umowy,
 - e. zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku, wydane przez lekarza medycyny pracy.
 - f. Oświadczenie Oferenta w przypadku gdy powyższe dokumenty zostały złożone w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Barcinie, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie i pozostaje aktualny na dzień dzisiejszy.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis / pieczęć oferenta)

.....
.....
.....
.....

.....,dnia

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dokumenty :

- a. kserokopie dokumentów stwierdzających nabycie kwalifikacji zawodowych (dyplom, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji oraz innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje,)*
- b. aktualne zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,*
- c. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,*
- d. dokument potwierdzający posiadanie przez oferenta odpowiedniego ubezpieczenia OC, zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku, wydane przez lekarza medycyny pracy*

zostały złożone w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Barcinie, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie i pozostaje aktualny na dzień dzisiejszy.

*niepotrzebne skreślić

.....
.....
.....
.....

.....,dnia

OŚWIADCZENIE

Oświadczaniem, że ubezpieczenie OC będzie kontynuowane przez cały okres obowiązywania umowy jak również zobowiązuje się do utrzymania przez cały czas obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia wynikających z aktualnych przepisów prawa .