

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. J.P. II w Górnice
w zakresie.....

1. Dane Oferenta:

.....
(nazwa oferenta)
.....

2. Adres siedziby działalności oferenta:

.....
.....

3. Adres do korespondencji jeśli jest inny niż adres działalności :

.....
.....

4. Telefon kontaktowy:

5. E-mail.....

6. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

a) za udzielanie świadczeń zdrowotnych oferuję cenę brutto:

.....
.....

7. Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu :

.....

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz postanowieniami określonymi w projekcie umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Udzielającego zamówienia w Górnice, 36-051 Górnice ul. Rzeszowska 5
3. Posiada wiedzę, odpowiednie kwalifikacje i umiejętności do realizacji zamówienia.
4. Posiada pełną zdolność do czynności prawnych.
5. Będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

6. Spełnia wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach – we własnym zakresie zabezpiecza badania okresowe oraz szkolenia bhp.
7. Samodzielnie będzie się rozliczać z Urzędem Skarbowym oraz Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
8. Przyjmuje obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, dostarczenia jej najpóźniej w dniu podpisania umowy oraz terminowego dokumentowania na bieżąco, pod rygorem rozwiązania umowy.
9. Jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
10. Złożone przez oferenta kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.
12. Nie prowadzi działalności, która mogłaby zostać uznana za konkurencyjną w stosunku do działalności Udzielającego Zamówienia w zakresie działalności leczniczej – objętej zamówieniem.
13. Nie posiada prawomocnie orzeczonego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia wykonywania zawodu lub zajmowania określonego stanowiska.
14. Nie jest karany, w tym za przewinienia zawodowe,
15. Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na dane stanowisko.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Aktualny wpis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej (kopia).
2. Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS, a dla podmiotów nie podlegających wpisowi do KRS- aktualny wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe : odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, zaświadczenie o posiadanych specjalizacjach, stopniach i tytułach naukowych oraz inne dokumenty w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata.
5. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych.
6. Zaświadczenie o odbyciu szkolenia bhp na stanowiskach medycznych.
7. Klauzula informacyjna o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na dane stanowisko.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta