

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji w zakresie :

.....

OFERENT

Nazwa oferenta.....

Adres miejsca wykonywania działalności:

.....

Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż adres działalności :

.....

Nr telefonu oraz adres e-mail:

NIP:

REGON:

1. Kwalifikacje zawodowe - dokumenty w załączeniu do oferty.
2. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia : zł za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń średniomiesięcznie w liczbie godzin

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 Górnio, 36-051 Górnio 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. Zezwolenie na wykonywanie indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej (kopia).
2. Aktualny wypis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej (kopia).
3. 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.
4. Aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy(kopia)
5. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (kopie) : dyplomu ukończenia uczelni medycznej, prawa wykonywania zawodu, dyplomu specjalizacji, innych dokumentów potwierdzających doświadczenie i uprawnienia zawodowe.
6. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawione przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych oraz zaświadczenie o aktualnym badaniu dla celów sanitarno-epidemiologicznych(kopie) lub oświadczenie o zobowiązaniu się do ich przedłożenia przy podpisywaniu umowy
7. Klauzula informacyjna o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na dane stanowisko.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta