

O F E R T A

w konkursie na świadczenie usług zdrowotnych w roku 2020 w SP ZOZ w Sejnach

I. Dane oferenta:

1. Nazwa:
-
2. Siedziba:
-
3. Imię i nazwisko:
4. Adres, nr telefonu:
5. NIP REGON
6. Nr księgi rejestrowej:

II. Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach,
16-500 Sejny, ul. dr Edwarda Rittlera 2.

- III. Zgłaszam chęć podjęcia współpracy w ramach, jako **podmiot** wykonujący działalność leczniczą i udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Sejnach.
- IV. W oparciu o ogłoszenie Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sejnach, dot. konkursu na świadczenie usług zdrowotnych dla SP ZOZ w Sejnach oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie od **01 marca 2020 r.** do **31 grudnia 2020 r.**
- V. Zobowiązuję się do zawarcia umowy cywilnoprawnej z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Sejnach na świadczenie usług zdrowotnych dla SP ZOZ w Sejnach.
- VI. Oświadczam, że do chwili zawarcia umowy z SP ZOZ w Sejnach zawrę umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, zapewnię ciągłość polisy w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuję się niezwłocznie dostarczać kopię nowej polisy. *)
- VII. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert.
- VIII. Posiadam - letni staż w zawodzie.
- IX. Deklaruję chęć pełnienia..... dyżurów miesięcznie.
- X. Zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
- XI. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na to, aby zaoferowana cena podlegała negocjacom przed zawarciem umowy.
- XII. Warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności: wynajem od SP ZOZ w Sejnach ***) / inne ***).....

XIII. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych, jako

.....na

..... Szpitala SP ZOZ w Sejnach:

- proponuję stawkę w wysokości złotych za 1 godzinę pracy trwającej do 12 godzin zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienia,
- proponuję stawkę w wysokości złotych za 1 godzinę pracy trwającej do 8 godzin zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienia,
- proponuję stawkę w wysokości złotych za 1 godzinę pracy trwającej 7,35 godzin zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienia,

- stawka godzinowa za gotowość do świadczenia usług w wysokości złotych za 1 godzinę pozostawania w gotowości**.

.....
(podpis osoby uprawnionej, data)

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia Dyrektora SP ZOZ w Sejnach z dnia 07.02.2020 r. o konkursie ofert na udzielanie świadczeń w SP ZOZ w Sejnach.
2. Oświadczam, że uważam się związany niniejszą ofertą na czas określony w szczegółowych warunkach przeprowadzania konkursu w przedmiocie, którego moja oferta dotyczy, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
4. Oświadczam, że nie toczą się przeciwko mnie postępowania dyscyplinarne ani karne z tytułu nienależytego wykonywania zawodu i nie byłam/em karany dyscyplinarnie ani karne z tego tytułu.
5. Oświadczam, że pozostaję w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia.
6. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na to, aby zaoferowana cena podlegała negocjacom przed zawarciem umowy.

.....
(podpis osoby uprawnionej, data)

Załączniki:

1. Dyplom
2. Zaświadczenia ukończonych kursów i specjalizacji
3. Zaświadczenie o dokonaniu wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
4. Zaświadczenie z centralnej ewidencji i inf. o działalności gospodarczej
5. Zaświadczenie o braku przeciwwskazań do pracy na stanowisku
6. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych
7. Numer Identyfikacji Podatkowej NIP
8. Polisa OC
9. Numer konta bankowego

*) dotyczy osób, które dotychczas nie dopełniły tego obowiązku

**) dotyczy gotowości świadczenia usług („pod telefonem”)

***) zakreślić właściwe