

Znak sprawy: KO-9/ANESTEZ/2022

..... dnia
pieczętka Oferenta

OFERTA

Na: „Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii dla pacjentów Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdroju”.

I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa firmy (lub imię i nazwisko)
.....
2. Adres z kodem
3. tel. fax
4. NIP REGON
5. Zarejestrowany w
pod numerem

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii dla pacjentów Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdroju:
 - a) liczba dni świadczenia usług w tygodniu ze wskazaniem dni:,
 - b) liczba dyżurów medycznych w miesiącu.*
2. Oświadczam, że świadczenia będą wykonywane przez wykwalifikowanego lekarza posiadającego odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu, zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu o konkursie ofert oraz obowiązującymi w Polsce przepisami.
3. Oświadczam, że świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP, z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.
4. Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszenia warunków zawartej umowy.

III. WARTOŚĆ OFERTY

Proponuję wynagrodzenie miesięczne o charakterze godzinowym w wysokości: zł brutto za godzinę (słownie:.....) za wykonane świadczenia zdrowotne u Udzielającego zamówienia.

IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

1. Oświadczam, że aplikuję istotne dla Udzielającego zamówienia postanowienia zawarte we wzorze umowy i zobowiązuję się do jej zawarcia na warunkach określonych w niniejszym wzorze, w przypadku wyboru mojej oferty.
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy oraz dostarczenia kopii polisy Udzielającemu zamówienia, najpóźniej w dniu zawarcia umowy, w przypadku wyboru mojej oferty.
3. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w terminach określonych przez Udzielającego zamówienia.

V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

2. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od upływu terminu do składania oferty.

VI. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.

.....
podpis Oferenta

* niepotrzebne skreślić

