

....., dnia.....

.....

.....
nazwa Oferenta i pieczęć firmowa z adresem

OFERTA KONKURSOWA ZRM – NZOZ.

W konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie dyżurów lekarskich w zespołach ratownictwa medycznego Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu.

I. Dane o ofercie :

Nazwa podmiotu leczniczego

Adres.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, Okręgowej Izby Lekarskiej*

.....
Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego, ewidencji działalności gospodarczej*

.....
Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta:

.....
Telefon

Fax

- II. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert oraz projekt umowy oraz zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach w nich określonych.
- III. Propozycje cenowe za udzielanie świadczeń zdrowotnych zawiera dodatkowy formularz ofertowy.
- IV. Proponowany czas trwania umowy : od 01.02.2019 r. do 31.01.2022 r.
- V. Oświadczam, że załączona/zgromadzona do aktualnej umowy* dokumentacja odpowiada wymaganiom zawartym w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
- VII. Oświadczam, że zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia OC na oferowane świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń zgodnie z postanowieniami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. nr 293, poz. 1729), najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień zawarcia umowy na świadczenie usług będących przedmiotem konkursu.

.....
(Data)

.....
(Podpis oferenta)

** niepotrzebne skreślić (dotyczy podmiotu leczniczego aktualnie realizującego udzielanie świadczeń)

....., dnia.....

.....

.....
nazwa podwykonawcy i pieczęć firmowa z adresem

Dodatkowy formularz ofertowy
(załącznik do OFERTY KONKURSOWEJ ZRM – NZOZ)

W konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie dyżurów lekarskich w zespołach ratownictwa medycznego Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu.

Proponuję dostępność na dyżurach:

- średniomiesięczna ilość dyżurów 24 godzinnych

II. Dane o podwykonawcy :

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Adres/Siedziba podmiotu

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, Okręgowej Izby Lekarskiej*
.....

Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej*

Telefon

Fax

II. Propozycja warunków cenowych za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych	Cennik	Wymiar świadczeń
dyżur lekarski w zespole ratownictwa medycznego zł.	godzina

III. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert oraz projekt umowy oraz zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach w nich określonych.

IV. Jednocześnie wyrażam zgodę na przyjęcie przez Udzielającego zamówienia niniejszej oferty ze zmniejszoną ilością dyżurów uzależnioną od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. Takie przyjęcie oferty nie będzie miało wpływu na określoną cenę za 1 godzinę dyżuru.

V. Proponowany czas trwania umowy : od 01.02.2019 r. do 31.01.2022 r.

.....
(Data)

.....
(Podpis podwykonawcy)

* niepotrzebne skreślić