

FORMULARZ OFERTOWY**Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa Oferenta

.....

.....

.....

.....

2. Adres Oferenta:

ulnr

kod pocztowy miejscowość

tel fax

adres e-mail

RegonNIP.....

Numer księgi rejestrowej / KRS

W załączeniu przedkładam*/:

1. W przypadku indywidualnych lub grupowych praktyk – dokument stwierdzający wpis do rejestru praktyki prowadzonego przez właściwą Okręgową Radę Lekarską.
2. W przypadku oferentów prowadzących działalność gospodarczą zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu (ważny 6 miesięczny).
3. W przypadku podmiotów leczniczych - aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, (ważny 6 miesięczny).
4. Prawo wykonywania zawodu lekarza mającego udzielać świadczeń zdrowotnych wraz z dokumentem potwierdzającym specjalizację.
5. Wykaz lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie z załączonym wzorem.
6. Aktualną polisę ubezpieczeniową
7. Aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji zadań wynikających z warunków umowy
8. Aktualne zaświadczenie potwierdzające ukończenie szkolenia bhp
9. Posiadane dyplomy, zaświadczenia, certyfikaty potwierdzające posiadanie dodatkowych kwalifikacji / uprawnień

Powyższe dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

Proponowana kwota należności w zakresie umów kontraktowych (cena brutto) za:**

Konsultację, zabieg lub jedno badanie, ze wskazaniem rodzaju konsultacji lub badania (dotyczy zakresu: I, VI ogłoszenia), jeden punkt porady specjalistycznej (dotyczy zakresu: III, IV ogłoszenia), godzinę dyżuru w dni robocze, godzinę dyżuru w soboty, niedziele i święta (dotyczy zakresu: II, X ogłoszenia), godzinę świadczenia usług (dotyczy zakresu: IX ogłoszenia), ryczałt (dotyczy zakresu: V, VII, XII, XIII, XIV ogłoszenia), znieczulenie ze wskazaniem rodzaju znieczulenia (dotyczy zakresu: XI, XII ogłoszenia)

.....

.....

.....

.....

W przypadku świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii podać proponowaną miesięczną liczbę godzin

.....

.....

Oferta dodatkowa

1. Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard określony w Szczegółowych Warunkach Konkursu

.....

2. Przyjmuję do wiadomości termin płatności w wymiarze 14 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu

* właściwe zakreślić

**właściwe wpisać

.....

Załącznik do formularza ofertowego

.....

Wykaz osób udzielających świadczeń zdrowotnych

[illegible]