

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w poradni diabetologicznej

(Warunki lokalowe, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności zapewnia
 Udzielający zamówienia)

DANE OFERENTA:

Imię i Nazwisko:.....

Nazwa, siedziba i adres prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z CEIDG):

.....

Telefon: e-mail :

NIP: REGON:

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku, 37-400 Nisko ul. Kościuszki 1 w zakresie **udzielania świadczeń zdrowotnych w poradni diabetologicznej.**

Za realizację zamówienia proponuję **złotych brutto za 1 punkt.**

Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz nie wnoszę zastrzeżeń.
- 2) Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie/wyciąg/wydruk z systemu z aktualnej księgi rejestrowej) - (jeśli dotyczy) i uprawnienia do wykonywania badań ultrasonograficznych.
- 3) Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie, oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
- 4) Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- 5) Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
- 6) Zobowiązuję się do pozostawiania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.
- 7) Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy**.
- 8) Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
- 9) Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
- 10) Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.
- 11) Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
- 12) Oświadczam, że w SPZZOZ w Nisku świadczę pracę/nie świadczę pracy** na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu. W przypadku pozostawiania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę wnioski o rozwiązanie łączącej mnie z SPZZOZ w Nisku umowy za porozumieniem stron.
- 13) Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy o 25% na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania

Udzielającego Zamówienia, w tym rozszerzenia rodzaju świadczeń komercyjnych lub finansowanych ze środków publicznych, a nie objętych niniejszym konkursem.

14) Zobowiązuję się do nie podwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oferenta / upoważnionego
przedstawiciela***- wraz z pieczętą

***) niepotrzebne skreślić

****) Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale, uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę