

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Dane oferenta

A. Podmiot wykonujący działalność leczniczą;

Nazwa i siedziba

Nazwa rejestru nr

NIP

B. Nr prawa wykonywania zawodu.

C. Kwalifikacje:

D. Specjalizacja:

E. Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie :

I. Udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom w Ośrodku Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii w zakresie porad diagnostycznych, porad terapeutycznych (kolejnych);

- oferowana cena za 1 pktzł.

F. Oświadczenia:

1) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

2) Oświadczam, że byłem(em)* / nie byłem(em)* karana(y) za przewinienia zawodowe ani inne przestępstwa.

3) Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą oraz doświadczeniem.

4) Oświadczam, że złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

5) Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w miejscu i terminie wyznaczonym przez organizatora konkursu.

6) Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w umowie z Udzielającym zamówienia.

7) Oświadczam, że przed zawarciem umowy dostarczę aktualną polisę ubezpieczeniową OC na kwotę określoną w § 3 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 poz. 866).

G. Do niniejszej oferty dołączam)*:

1) dyplom ukończenia studiów;

2) zezwolenie i numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową radę lekarską, jeżeli dotyczy;

3) wydruk wpisu ze strony www.ceidg.gov.pl lub innego rejestru;

4) prawo wykonywania zawodu; jeżeli dotyczy;

5) Polisę ubezpieczeniową OC na kwotę określoną w § 3 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 866);

Dokumenty wymienione w pkt 1-2 i 4-5 powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do weryfikacji oryginałów dokumentów z przedstawionymi kopiami przed zawarciem umowy.

.....
Data i podpis oferenta

*niepotrzebne skreślić