

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 :

1) Udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu, Opole ul Głogowska 25 b w Oddziale Dziennym Terapii Uzależnienia od Alkoholu przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii w zakresie: badania i diagnozy pacjenta podczas przyjęcia pacjenta na Oddział, udzielania konsultacji w trakcie pobytu, wydawania zaświadczeń i innych dokumentów, w tym wystawienie ZUS ZLA.

Proponowana stawka od 1 pacjenta po zakończeniu hospitalizacji zł

Proponowana dostępność – ilość godzin w tygodniu:.....

Proponowane dni (proszę wstawić znak „X”):

poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela

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 22 grudnia 2011 r . w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293 poz. 1729);

G. Do niniejszej oferty dołączam:

- 1) dyplom ukończenia studiów,
- 2) zezwolenie i numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową radę lekarską,
- 3) wydruk wpisu ze strony www.ceidg.gov.pl lub innego rejestru;
- 4) prawo wykonywania zawodu;

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

.....
podpis oferenta

*niepotrzebne skreślić