

FORMULARZ OFERTY**I. OGÓLNE DANE ŚWIADCZENIODAWCY:**

1. Pieczęć z nazwą i siedzibą/adresem świadczeniodawcy

2. Numer wpisu do odpowiedniego rejestru lub ewidencji, z podaniem organu dokonującego wpisu
.....

II. ZAKRES ZAMÓWIENIA OBJĘTY OFERTĄ:

.....

.....

LEKARZE, KTÓRZY BĘDĄ WYKONYWALI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W RAMACH UMOWY:

Lp.	Nazwisko i imię	Specjalizacja	Stopień specjalizacji

III. WARTOŚĆ OFERTY:

- 1) Proponowana cena brutto za godzinę nadzoru lekarskiego oraz przeciętna szacunkowa ilość godzin, możliwa do wykonania w miesiącu
Całkowite szacunkowe wynagrodzenie świadczeniodawcy (cena brutto za godzinę nadzoru lekarskiego x ilość godzin możliwa do wykonania w miesiącu):
- 2) Proponowane miesięczne wynagrodzenie brutto za stałą psychiatryczną opiekę lekarską nad pacjentami Ośrodka Terapii Uzależnień wynosi (proponowany wymiar etatu:, tj..... godzin tygodniowo).

IV. OŚWIADCZAM, ŻE:

- 1) zapoznałem się z informacjami zawartymi w ogłoszeniu o konkursie oraz Regulaminie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla pacjentów WOŁOiZOL w Gorzycach oraz akceptuję zawarte w nim warunki;
- 2) załączony do Regulaminu konkursu ofert projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się - w przypadku wyboru mojej oferty - do zawarcia umowy na podanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez Zamawiającego;
- 3) posiadam co najmniej roczne doświadczenie w realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania.

V. ZAŁĄCZNIKAMI DO NINIEJSZEGO FORMULARZA OFERTY SĄ:

- 1) potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej stosownie do przepisów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- 2) potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia prawa wykonywania zawodu lekarza wymienionego w pkt. II j.w.;

- 3) potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia dyplomu uzyskania specjalizacji w dziedzinie psychiatrii/karta szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatria;
- 4) wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- 5) odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji.
- 6) Dokumenty potwierdzające posiadanie uprawnień/ppełnomocnictw osób składających ofertę, o ile fakt ten nie wynika z przedstawionych dokumentów rejestrowych. Udowodnienie posiadania uprawnień do podpisania oferty ciąży na Oferencie.

.....
(pieczęć i podpis świadczeniodawcy lub
upoważnionych przedstawicieli świadczeniodawcy)