

nazwa oferenta

Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z o.o.
11-700 Mrągowo
ul. Wolności 12

FORMULARZ OFERTOWY

Po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia dotyczącego konkursu ofert na świadczenie usług medycznych opublikowanego na stronie internetowej i na tablicy ogłoszeń Szpitala Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z o.o. składam następującą ofertę:

Oferta na świadczenie usług medycznych w zakresie:

.....
.....
.....Szpitala Mrągowskiego Sp. z o.o.

Podmiot.....
.....

Adres praktyki.....

Adres zamieszkania.....

Nr prawa wykonywania zawodu Data wydania

Nr Regon Nr NIP

Świadczenia udzielane będą w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności zgodnie ze standardem MZiOS i posiadają niezbędne atesty. Oświadczam, że jestem ubezpieczony/a/ od odpowiedzialności cywilnej na kwotę euro.

Usługi wykonywane będą/samodzielnie, w zespole/.

Posiadam następujące kwalifikacje.....
.....

Deklaruję czas dojazdu do Szpitala w razie nagłej potrzeby:

Proponuję następujące zasady rozliczania świadczonych usług

- ilość godzin do zabezpieczenia tygodniowo :

- stawka wynagrodzenia za godzinę świadczenia usług:

- inne:

Proponuję czas trwania umowy

Staż pracy lub okres świadczenia usług medycznych: ogółem w tym

Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o. o.

Załączniki do oferty, których załączenie nie jest wymagane, jeżeli udzielający zamówienia jest już w ich posiadaniu.:

a) dane o ofercie:

- wypis z rejestru podmiotów leczniczych,
- zaświadczenie z rejestru praktyk lekarskich lub pielęgniarских i z ewidencji działalności gospodarczej

b) kopie prawa wykonywania zawodu oraz dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji

c) kopie dokumentów potwierdzających:

- numer wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich / pielęgniarских
- wyciąg z CEIDG,
- aktualne ubezpieczenie OC
- orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do świadczenia usług,
- zaświadczenie o szczepieniach WZW,
- zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego

d) wykaz osób udzielających świadczeń medycznych (w przypadku NZOZ).

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
2. Składając ofertę, wyrażam wolę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.
3. Przyjmuję obowiązek zawarcia, najpóźniej w dniu poprzedzającym datę rozpoczęcia udzielania świadczeń, umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej oraz terminowego dokumentowania, wobec Udzielającego Zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku.
4. Przyjmuję obowiązek odbycia przeszkolenia przez oferentów z procedur, programów informatycznych, ochrony danych osobowych obowiązujących w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. przed datą rozpoczęcia udzielania świadczenia.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury postępowania konkursowego –zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1791)
6. Oświadczam, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji złożonych oświadczeń poprzez żądanie przedstawienia dokumentów źródłowych.

7. Numer Pesel oferenta.....

8. Imiona rodziców oferenta

9. Nazwisko rodowe oferenta

....., data:

Podpis oferenta lub osoby działającej w imieniu: