

..... dn. 2022

OD :.....
(nazwa oferenta)

.....

.....
(pełny adres siedziby oferenta)

Nr telefonu:.....

NIP

Regon:.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

NR KONTA:

FORMULARZ OFERTY

DLA :
SP ZOZ Szpital im dr J.Dietla
w Krynicy-Zdroju
ul. Kraszewskiego 142
33 -380 Krynica-Zdrój

Nawiązując do wzięcia udziału w pisemnym konkursie ofert na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób Wewnętrznych i Kardiologicznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych.

dla potrzeb SP ZOZ Szpitala im dr J.Dietla w Krynicy-Zdroju, oferuję / my :
 (* - niepotrzebne należy skreślić, miejsca kropkowane należy uzupełnić)

1. cenę brutto za jedną godzinę świadczenia lekarskiego
 zł * słownie:..... złotych (w godz. 7.00 – 14.35)

2. cenę brutto za jedną godzinę świadczenia lekarskiego w ramach dyżurów lekarskich

..... zł , słownie:..... w postaci stacjonarnej

..... zł, słownie(pod telefonem)

ponadto :

- oświadczam/y , że zapoznałem / zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, oraz z projektem umowy i nie wnoszę / wnosimy do nich zastrzeżeń,
- oświadczam /y , że nie zalegam/y z opłatami składek ZUS na ubezpieczenie społeczne oraz należnych podatków na rzecz US
- oświadczam /y, iż posiadam / my wymagane prawem kwalifikacje do wykonania przedmiotu zamówienia
- oświadczam / y, iż na dzień rozpoczęcia wykonywania usług zdrowotnych nie będę/nie będziemy związany/ni umową o pracę z SP ZOZ Szpital im dr J.Dietla w Krynicy-Zdroju w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia
- oświadczam / y, iż świadczenia medyczne określone umową wykonywać będę od dnia **01.01.2023-**..... - lub późniejszym - ustalonym z Dyrektorem Szpitala,
- deklaruje/ emy podpisanie umowy na warunkach i czas wskazany w Szczegółowych Warunkach Konkursu w miejscu i terminie wyznaczonym przez Szpital
- oświadczam/y, że w terminie umożliwiającym podpisanie umowy na realizację przedmiotu zamówienia dostarczę/ymy wszystkie niezbędne dokumenty, w tym polisę ubezpieczenia OC zawartą zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami
- deklaruje/ emy , że wszystkie oświadczenia i informacje zawarte w niniejszej ofercie są kompletne, prawdziwe i dokładne w każdym szczególe.

Załączniki :

1. Dyplom Ukończenia Akademii Medycznej
2. Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza
3. Potwierdzenia posiadanych specjalizacji i ukończonych szkoleń
4. inne : podać jakie.....
5. inne : podać jakie.....
6. inne : podać jakie.....

.....
Data, podpis