

OFERTA

W odpowiedzi na konkurs ofert ogłoszony przez Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Radecznicy będącym Udzielającym zamówienia, składam ofertę w zakresie: udzielanie świadczeń lekarskich w oddziałach szpitalnych, Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym dla Psychiczenie Chorych oraz w Centrum Zdrowia Psychicznego

I. DANE O OFERENCIE

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do CEIDG)

.....
.....

2. Adres siedziby oferenta:

.....

3. Nr księgi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
prowadzonym przez

.....

4. Adres e-mail:

5. Telefon kontaktowy

II OŚWIADCZENIA OFERENTA

Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem się z ogłoszeniem, Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Warunki konkursu akceptuję jako integralną część umowy.
- 2) Nie byłem karany i nie toczą się przeciwko mnie postępowania karne, mające związek z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Oświadczenie obejmuje również wszystkie osoby wskazane w ofercie do udzielania świadczeń w moim imieniu.
- 3) Spełniam wszystkie wymagania określone przez Udzielającego Zamówienia w Szczegółowych warunkach konkursu ofert oraz zawarte w materiałach informacyjnych NTZ dotyczących odpowiedniego zakresu świadczeń i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- 4) W przypadku nierozstrzygnięcia konkursu z powodu proponowanych wysokości stawek zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.
- 5) Ceny określone w ofercie pozostaną bez zmian przez cały okres obowiązywania umowy.
- 6) W ramach prowadzonej działalności świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
- 7) Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 i 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe pozyskałem w celu złożenia oferty. Wszelkie dane osobowe wskazane w ofercie i załącznikach pozyskałem zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

III. PRZEDMIOT OFERTY - HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

1) Zobowiązuję się udzielania świadczeń lekarskich w oddziałach szpitalnych, Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym dla Psychicznie Chorych oraz w Centrum Zdrowia Psychicznego zgodnie z poniższym

| Dzień tygodnia | Deklarowana ilość godzin świadczeń lekarskich |
|----------------|---|
| Poniedziałek | |
| Wtorek | |
| Środa | |
| Czwartek | |
| Piątek | |
| Sobota | |
| Niedziela | |
| Razem | |

2) Proponowany czas trwania umowy: od 04 lutego 2024 roku do

W imieniu Oferenta (Przyjmującego zamówienie) świadczenia będą udzielane przez następującego lekarza (należy podać imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu):

.....
.....

IV. CENA OFERTY

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych proponuję następujące ceny:

- za 1 godzinę wykonania świadczeń zdrowotnychzł brutto,
(słownie:..... brutto)

V. Załączniki

Do oferty załączam następujące dokumenty (zgodnie ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert):

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)

.....
/data oraz podpis i pieczętka imienna lub
czytelny podpis uprawnionego przedstawiciela oferenta/