

FORMULARZ OFERTY DO KONKURSU OFERT
Z DNIA
NA UDZIELANIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO W ZAKRESIE

I. Oświadczenie oferenta:

Oświadczam, że w terminie nie przekraczającym 7 dni od daty podpisania umowy udokumentuję zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na kwotę nie niższą niż na wysokość minimalną określoną w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

II. Dane oferenta:

Nazwa Oferenta:

PESELNIP

nr prawa wykonywania zawodu

Adres zamieszkania : ulica nr

Kod pocztowy : Miejscowość:

Adres siedziby działalności : ulica nr

Kod pocztowy miejscowość

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

Nr wpisu do rejestru:

Nr NIPREGON

W przypadku wpisu do CEiDG oświadczenie, że status przedsiębiorcy jest aktywny.

telefon kontaktowy

Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych:

.....
.....
.....
.....
.....

Dane do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta jw.):

Kod pocztowy : miejscowość:

Ulica : nr

Telefon kontaktowy: adres e-mail:

III. Proponowana kwota należności za realizację świadczenia oraz ich zakres:

.....
.....
.....

IV. Termin świadczenia usług: oferuję zawarcie umowy o udzielenie świadczenia zdrowotnego we wskazanym powyżej zakresie od dnia _____ do dnia _____

V. Proponowany sposób zabezpieczenia ciągłości świadczeń w trakcie nieobecności oferenta:

.....

.....

Rybnik dnia

.....
Czytelny podpis Oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY*

1. oświadczenie (załącznik nr 1 do formularza oferty)
2. Kserokopia polisy ubezpieczeniowej lub oświadczenie o dostarczeniu kopii polisy ubezpieczeniowej w dniu podpisania umowy,
3. wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzający aktywny status wpisu prowadzonej działalności gospodarczej¹
4. wydruk Księgi Rejestrowej prowadzonej przez Okręgową Radę Lekarską,
5. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe Przyjmującego zamówienie:
 - dyplom ukończenia Akademii Medycznej/ Uniwersytetu Medycznego
 - prawo wykonywania zawodu,
 - dyplom specjalizacji, stopnie i tytuły naukowe,
 - dokumenty potwierdzające uprawnienia do świadczenia usług będących przedmiotem zamówienia.

(*) niepotrzebne skreślić

¹ Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Polskiej jest dostępny do pobrania na stronie internetowej WWW. Firma.gov.pl