

FORMULARZ OFERTOWY

.....
(Dane oferenta*)

.....
(Adres*)

.....
(telefon*)

.....
(Nr wpisu do właściwego rejestru – księgi rejestrowej
i oznaczenie organu dokonującego wpisu*)

**107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ
ul. Kołobrzaska 44, 78-600 Wałcz**

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 107 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SPZOZ w zakresie*:

I. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez terapeutę zajęciowego w Centrum Zdrowia Psychicznego.

Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienie.

Proponowane kwoty należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu przez podmioty, o których mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025r. poz. 450 z póź. zm.) oraz proponowana ilość świadczeń (w godzinach na miesiąc).

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach:

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych w Centrum Zdrowia Psychicznego

..... zł brutto za 1 godz. świadczenia usług.

2. Ilość oferowanych świadczeń:

deklaruję, iż miesięcznie będę udzielał/a świadczenia zdrowotne

w ilości godzin (słownie:)

3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

na okres od 20.....r. do..... 20..... r.

W załączeniu przedkładam:

- a) kserokopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej obowiązkowego ubezpieczenia O. C.,
- b) kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje,
- c) kserokopię prawa wykonywania zawodu,
- d) kserokopię dokumentu potwierdzającego nadanie numeru NIP,
- e) kserokopię dokumentu potwierdzającego nadanie numeru REGON,
- f) kserokopię dokumentu potwierdzającego wpis do Rejestru prowadzonego w Okręgowej Izbie Lekarskiej lub wpis do Rejestru Wojewody,
- g) kserokopię dokumentu potwierdzającego wpis do Ewidencji Działalności Gospodarczej lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego,
- h) aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu,
- i) proponowany harmonogram udzielania świadczeń – dotyczy zakresów oznaczonych w formularzu ofertowym.

Oświadczam, że zapoznałem/am/ się treścią ogłoszenia oraz z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.

Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Komendanta Szpitala.

Jestem związany/na niniejszą ofertą przez czas wskazany w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert tj. 30 dni od daty zakończenia terminu składania ofert.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018.1000).

Obowiązek informacyjny na temat ochrony danych osobowych znajduje się w BIP, zakładka Prawo – Obowiązek informacyjny wobec kontrahentów.

.....
/data sporządzenia oferty/

.....
/pieczęć i podpis oferenta/