

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie w zakresie:

.....
.....

1. Dane Oferenta:

.....
nazwa oferenta
.....

2. Adres siedziby działalności Oferenta:

:.....
.....

3. Adres do korespondencji jeśli jest inny niż adres działalności:.....

.....

4. Telefon kontaktowy:.....

5. E-mail.....

6. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

Oferent deklaruje:

- a) za udzielanie świadczeń zdrowotnych kwota brutto: za jedną godzinę (słownie):.....
- b) udzielanie świadczeń zdrowotnych w wymiarze: godzin w miesiącu kalendarzowym.....za jeden pkt zł brutto wg cennika NFZ
- c) inne rodzaje świadczeń zdrowotnych

7. Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu:

.....

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz postanowieniami określonymi w projekcie umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Szpitalu Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie.
3. Posiada wiedzę, odpowiednie kwalifikacje i umiejętności do realizacji zamówienia.
4. Posiada pełną zdolność do czynności prawnych.

5. Będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
6. Spełnia wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach – we własnym zakresie wykonuje badania okresowe w zakresie medycyny pracy oraz szkolenia bhp.
7. Nie prowadzi działalności, która mogłaby zostać uznana za konkurencyjną w stosunku do działalności Udzielającego Zamówienia, tj. nie prowadzi konkurencyjnego podmiotu leczniczego we własnym imieniu lub za pośrednictwem osoby trzeciej, posiadającego kontrakt lub ubiegającego się o kontrakt Szpitala Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Narodowym Funduszu Zdrowia w zakresie działalności leczniczej prowadzonej przez Udzielającego Zamówienia objętej zamówieniem.
8. Nie posiada prawomocnie orzeczonego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia wykonywania zawodu lub zajmowania określonego stanowiska.
9. Nie był/ nie jest karany, w tym za przewinienia zawodowe.
10. Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego w zakresie objętym umową.

Wołomin,

data

.....

Podpis Oferenta