

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii, pl. Hirszfelda 12, składam niniejszą ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

DANE O OFERENCIE:

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

(nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego)

Numer NIP.....

Numer REGON.....

.....

Numer telefonu kontaktowego

Numer fax.....

Adres e-mail.....

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....

Numer zaświadczenia potwierdzającego wpis do rejestru indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.....

1. Proponuję zawarcie umowy na okres od dnia podpisania umowy do
2. Kwalifikacje zawodowe oferenta lub personelu, przy udziale którego będą udzielane świadczenia zdrowotne:

3. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych (nie dotyczy wezwań)
.....
.....
.....

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu godzin udzielania

świadczeń zdrowotnych, ustalonych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie

4. Proponowana kwota brutto należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych – stawka godzinowa:

| Lp | Rodzaj świadczenia zdrowotnego | Cena Pln / 1h stawka | Preferowane miejsce pracy /lokalizacja |
|------------------------|---|----------------------|--|
| 1. | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie AiIT w systemie całodobowym w ramach leczenia stacjonarnego i w trybie porad ambulatoryjnych i dyżurów stacjonarnych <=160h | | ul.Grabiszyńska pl.Hirszfelda |
| 2. | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie AiIT w systemie całodobowym w ramach leczenia stacjonarnego i w trybie porad ambulatoryjnych i dyżurów lekarskich stacjonarnych >160h | | ul.Grabiszyńska pl.Hirszfelda |
| 3.. | przybycie na interwencję w ramach gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych | | ul.Grabiszyńska pl.Hirszfelda |
| | | | |
| 4.. | dyżur lekarski w ramach gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (dyżur pod telefonem) | | ul.Grabiszyńska pl.Hirszfelda |
| ŁĄCZNIE BRUTTO: | | | |

* w kolumnie lokalizacja zaznaczamy X przy preferowanym miejscu udzielania świadczeń

5. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....
(nazwa banku i nr konta)

6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
7. Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, nie wnoszę do nich zastrzeżeń i wyrażam zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania mojej oferty.
8. Oświadczam, że posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia lub posiadam personel z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do udzielania świadczeń objętych konkursem ofert, wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa.
9. Do niniejszej umowy załączam wymagane w Szczegółowych warunkach konkursu ofert dokumenty i oświadczenia jako załączniki:
- 1) ...
 - 2) ...