

Pieczęć Firmowa Oferenta

OFERTA – Formularz ogólny

**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1
W RZESZOWIE
35-051 RZESZÓW
UL. CZACKIEGO 2**

UWAGA !

Wypełnia w całości i podpisuje Oferent.

Pełna nazwa Oferenta:

Imię i nazwisko lub nazwa:

.....

Posiadający prawo wykonywania zawodu nr:,

wydane przez:

Wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod nr:

prowadzonego przez:

Wpisanym do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod nazwą:

.....

.....

Adres Oferenta :

Kod pocztowy miejscowość.....

ul. nr.....

tel. fax.....

Bank.....

Nr konta

NIP..... REGON.....

I. 1. Zgłaszam gotowość złożenia oferty w konkursie ofert dot. zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego, tj.:
- udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć Szpitala Miejskiego w Rzeszowie w dni robocze od godz. 7,00 do godz. 14,35,
- udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć Szpitala Miejskiego w Rzeszowie w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej dla pacjentów Izby Przyjęć.

2. Proponuję kwotę należności za realizację zamówienia w wysokości:

- a). zł. brutto za 1 godzinę świadczenia usług w Izbie Przyjęć w Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Rzeszowie w dni robocze w godz. 7,00– 14,35,
- b). zł. brutto za 1 godzinę świadczenia usług w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej dla pacjentów Izby Przyjęć w godz 14,35 – 7,00 dnia następnego w dni robocze,
- c). zł. brutto za 1 godzinę świadczenia usług w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej dla pacjentów Izby Przyjęć w godz. 7,00 – 7,00 dnia następnego w soboty, niedziele i święta,

II. Imię, nazwisko i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń

zdrowotnych:

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)

III. Oferent oświadcza, iż:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń, w przypadku przyjęcia oferty deklaruje gotowość podpisania umowy niezwłocznie od daty rozstrzygnięcia postępowania.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Izbie Przyjęć w Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Rzeszowie, tj. w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Posiada wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz prowadzi działalność gospodarczą wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
4. Posiada kwalifikacje i uprawnienia konieczne do wykonywania zadań będących przedmiotem zamówienia.
5. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
6. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) zgodnie z obowiązującymi przepisami. (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc w terminie określonym we wzorze umowy).

7. Deklaruje liczbę wykonywania świadczeń zdrowotnych w ilości:

-..... godzin w tygodniu w dni robocze od godz. 7,00 do godz. 14,35 w Izbie Przyjęć oraz zabezpieczenie całodobowej opieki medycznej dla pacjentów Izby Przyjęć w ilości dyżurów miesięcznie.

7. Oświadcza, iż w okresie 5 lat poprzedzających dzień rozstrzygnięcia niniejszego postępowania konkursowego SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie nie **rozwiązał / rozwiązał*** z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.

8. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami.

9. W przypadku nie rozstrzygnięcia konkursu z powodu wysokości stawek wynagrodzenia zgłasza gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.

10. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w warunkach uczestnictwa w postępowaniu i przyjmuje je bez zastrzeżeń.

Załączniki do oferty :

- | | | |
|---|---|------------------|
| 1 | Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunków konkursowych, | - załącznik nr 1 |
| 2 | Wpis do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą | - załącznik nr 2 |
| 3 | Kwalifikacje zawodowe – uwierzytelniona kserokopia: dyplomu ukończenia studiów, dyplomu specjalizacji, prawa wykonywania zawodu | - załącznik nr 3 |
| 4 | Skrócony przebieg pracy | - załącznik nr 4 |
| 5 | Warunki i miejsce udzielanych świadczeń | - załącznik nr 5 |
| 6 | Oświadczenie o pozostawaniu w dyspozycyjności | - załącznik nr 6 |
| 7 | Proponowany czas trwania umowy | - załącznik nr 7 |
| 8 | Wpis do CEIDG | - załącznik nr 8 |

Data

.....
Pieczętka i podpis Oferenta