

Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne wykonywane przez lekarza na rzecz pacjentów Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostródzie S.A.

**Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej
w Ostródzie Spółka Akcyjna
14-100 Ostróda
ul. Władysława Jagiełły 1**

OFERTA

w postępowaniu konkursowym na udzielenie zamówienia na całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne wykonywane przez lekarza na rzecz pacjentów PZOZ w Ostródzie S.A. obejmującym*:

- 1) pełnienie dyżurów w ambulatorium izby przyjęć,
- 2) pełnienie dyżurów w ambulatorium podstawowej opieki zdrowotnej,
- 3) pełnienia dyżurów w specjalistycznym zespole wyjazdowym ratownictwa medycznego

w dni robocze oraz w dni świąteczne i ustawowo wolne od pracy zgodnie z harmonogramem zaakceptowanym przez Dyrektora ds. Medycznych.

Dane oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

.....
(adres)

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta podany wyżej)

.....

1. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

- 1) stawka godzinowa podana w złotych za 1 godzinę dyżuru medycznego pełnionego w ambulatorium izby przyjęćzł (słownie:złotych).
- 2) stawka godzinowa podana w złotych za 1 godzinę dyżuru medycznego pełnionego w ambulatorium podstawowej opieki zdrowotnejzł (słownie:złotych).
- 3) stawka godzinowa podana w złotych za 1 godzinę dyżuru medycznego pełnionego w specjalistycznym zespole wyjazdowym ratownictwa medycznegozł (słownie:złotych).

.....
(Miejscowość, data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

* niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIKI*:

- 1) oświadczenie Oferenta – według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do formularza ofertowego,
- 2) oryginał lub poświadczona przez Oferenta kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru indywidualnych / indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej potwierdzające kwalifikacje osób mających wykonywać świadczenia zdrowotne w zakresie zgodnym ze składaną ofertą,
- 3) oryginał lub poświadczona przez Oferenta aktualna kserokopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- 4) oryginał lub poświadczona przez Oferenta kserokopia nadania numeru REGON i NIP,
- 5) oryginał lub poświadczona przez Oferenta kserokopia polisy OC wystawiona stosownie do obowiązujących przepisów, dołączona do oferty lub dostarczona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
- 6) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.

* - niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z dnia 09.11.2016 r.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone do Oferty dokumenty lub ich kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem pracy Komisji Konkursowej.
7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości.....

.....
(Miejscowość, data i podpis Oferenta)