

.....
/pieczętka nagłówkowa oferenta/

.....
/miejsowość i data/

**SZPITAL POWIATOWY
W RADOMSKU
97-500 Radomsko
ul. Jagiellońska 36**

**OFERTA
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Imię i nazwisko/Nazwa:

.....

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej/Nr KRS.....

NIP REGON

Nr telefonu

Adres działalności gospodarczej

.....

Adres do korespondencji (w przypadku gdy nie pokrywa się z adresem działalności gospodarczej)

.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....

.....

.....

Zakres posiadanych kwalifikacji potwierdzam następującymi dokumentami:

W przypadku składania oferty przez podmiot wykonujący działalność leczniczą winien on wykazać dokumenty dla każdego z lekarzy, którzy będą świadczyć usługi.

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Za udzielanie wyżej opisanych świadczeń proponuję:

- 1) - zł brutto za 1 godz. udzielanych świadczeń zdrowotnych

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń.
2. Świadczenia zdrowotne objęte konkursem będę udzielać w siedzibie wskazanej przez udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości
4. W przypadku wyboru mojej / naszej oferty, umowa zostanie zawarta na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienie oraz miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.
5. Okres związania ofertą wynosi 30 dni od terminu składania ofert.
6. Oświadczam, że Szpital Powiatowy w Radomsku nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania z przyczyn leżących po stronie oferenta.
7. Deklaruję minimalną liczbę godzin wykonywanych w miesiącu w ramach realizowanych świadczeń zdrowotnych:
8. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne w w/w zakresie udzielałem przez okreslat i zobowiązuję się do okazania na żądanie udzielającego zamówienie dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki.
9. Realizowanie świadczeń w ramach danego zakresu świadczeń w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej ze Szpitalem Powiatowym w Radomsku – tak/nie
10. W przypadku podawania danych osobowych osób trzecich, oświadczam, że podane do niniejszego postępowania dane osobowe są przeze mnie/podmiot który reprezentuję/ przetwarzane zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE /ogólne rozporządzenie o ochronie danych/ Dz.Urz.UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 oraz wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 w/w rozporządzenia wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w niniejszym postępowaniu.

.....

/ podpis oferenta /