

„Szpital Miejski w Rabce-Zdroju” sp. z o. o.		
Załącznik nr 2:	KONKURS OFERT	Znak: SP.4240.2.2022

OFERTA
na udzielanie Świadczeń zdrowotnych
przez lekarzy w Oddziale Chorób Wewnętrznych

Data:	
Imię i nazwisko / Nazwa Wykonawcy:	
Adres / siedziba:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona www:	

Odpowiadając na konkurs oferuję usługi medyczne na rzecz pacjentów Szpitala Miejskiego w Rabce – Zdroju Sp. z o. o. , o których mowa w rozdziale II Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert, na następujących warunkach:

Zakres nr 1: Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chorób wewnętrznych (praca w godzinach 7.00 – 15.00) w obszarze Oddziału Chorób Wewnętrznych, Izby Przyjęć i w innych komórkach organizacyjnych Spółki oraz w razie potrzeby konsultacje w oddziałach Szpitala na rzecz pacjentów Szpitala Miejskiego w Rabce Zdroju Sp. z o. o.

Cena:

„.....(..../100) zł. (słownie (..../100) zł.”

wyrażona jako kwota brutto określona w zł polskich, za godzinę udzielania świadczeń.

Posiadam następujące kwalifikacje w dziedzinie medycyny zgodnej z profilem realizowanego świadczenia:

.....

.....

.....

.....

Zakres nr 2 Pełnienie dyżurów medycznych 16 i 24 godzinnych w dni powszednie i świąteczne w obszarze Oddziału Chorób Wewnętrznych, Izby Przyjęć i w innych komórkach organizacyjnych Spółki oraz w razie potrzeby konsultacje w innych oddziałach Szpitala na rzecz pacjentów Szpitala Miejskiego w Rabce Zdroju Sp. z o. o.

Cena:

„.....(..../100) zł. (słownie (..../100) zł.”

wyrażona jako kwota brutto określona w zł polskich, za każdą godzinę pełnienia dyżuru medycznego.

Oświadczenia:

1. Wszelkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i nie zgłaszam zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że spełniam warunki określone w Ogłoszeniu.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
5. Uważam się związany ofertą na czas wskazany w Ogłoszeniu
6. Zobowiązuję się do wykonywania usług zgodnie ze złożoną ofertą
7. Zapewniam że świadczenia zdrowotne będą udzielane ze szczególną starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i obowiązującymi aktualnymi standardami z zakresu badań diagnostycznych oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych,
8. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości obejmującą Usługi świadczone przez zgłoszony personel (Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość na dzień podpisania umowy.)*

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć przyjmującego zamówienie

Załączniki:

1. Wypis (odpis, wyciąg, lub wydruk) z właściwego rejestru z podaniem imienia i nazwiska, numeru wpisu i oznaczenia organu dokonującego wpisu, potwierdzający dopuszczenie do obrotu prawnego w zakresie objętym zamówieniem.
2. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe lekarza składającego ofertę lub wykaz osób realizujących zamówienie wraz z dokumentami poświadczającymi ich kwalifikacje i uprawnienia zawodowe:
 - a) dyplom lekarza.
 - b) prawo wykonywania zawodu lekarza.
 - c) kopia/e innych dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje zawodowe i uprawnienia zawodowe (w tym specjalizacje, stopnie i tytuły naukowe lub dokument potwierdzający odbywanie specjalizacji lub innej formy kształcenia podyplomowego).
 - d) kopia dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe lekarza.
3. polisa OC z dokumentem potwierdzającym jej opłacenie.
4.
5.
6.