



konkursu ofert na udzielanie Świadczeń zdrowotnych
polegających na pełnieniu dyżurów medycznych przez lekarzy w oddziałach Wewnętrznym
oraz Chirurgii Ogólnej – hospitalizacja planowa, z jednoczesnym zabezpieczeniem Izby Przyjęć,
oddziału Medycyny Paliatywnej oraz Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Szpitala Miejskiego
w Rabce – Zdroju Sp. z o. o.

„Szpital Miejski w Rabce-Zdroju” sp. z o. o.		
Załącznik nr 2:	KONKURS OFERT	Znak: SP.4240.6.2022

OFERTA

na udzielanie Świadczeń zdrowotnych

polegających na pełnieniu dyżurów medycznych przez lekarzy w oddziałach Wewnętrznym
oraz Chirurgii Ogólnej – hospitalizacja planowa, z jednoczesnym zabezpieczeniem Izby Przyjęć,
oddziału Medycyny Paliatywnej oraz Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Szpitala Miejskiego
w Rabce – Zdroju Sp. z o. o.

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

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: Pełnienie dyżurów medycznych 16 i 24 godzinnych w oddziale Wewnętrznym z jednoczesnym zabezpieczeniem internistycznym Izby Przyjęć, Oddziału Medycyny Paliatywnej oraz Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego dyżury medyczne będą pełnione w dni powszednie w godzinach: 14.35 – 07.00 oraz w niedziele i święta w godzinach 07.00 – 07.00)

Cena: „.....(..../100) zł. (słownie
..... (..../100) zł.”
wyrażona jako kwota brutto określona w zł polskich, za godzinę udzielania świadczeń.

Zakres nr 2 Pełnienie dyżurów medycznych 16 i 24 godzinnych w oddziale Chirurgii Ogólnej – hospitalizacja planowa, z jednoczesnym zabezpieczeniem chirurgicznym Izby Przyjęć, Oddziału Medycyny Paliatywnej oraz Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego. Dyżury medyczne będą pełnione w dni powszednie w godzinach: 14.35 – 07.00 oraz w niedziele i święta w godzinach 07.00 – 07.00)

Cena: „.....(..../100) zł. (słownie
..... (..../100) zł.” wyrażona jako
kwota brutto określona w zł polskich, za każdą godzinę pełnienia dyżuru medycznego.

.....
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. polisa OC z dokumentem potwierdzającym jej opłacenie.
3.
4.
5.

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