

FORMULARZ OFERTOWY

konkursu ofert na

**REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
DLA PACJENTÓW SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W SULEJÓWKU**

Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

Nazwa/Imię i nazwisko:
 Miejsce zam.:kod.....ul.....
 Województwo:.....nr telefonu/fax
 e-mail:
 Dowód osobisty * seria numer wydany przez.....
 PESEL * NIP
 Prowadzący/a działalność gospodarczą pod nazwą
 Z siedzibąkod.....ul.....
 NIP http://
 Osoba upoważniona do kontaktów:.....tel.

(*) – informacje wymagane dla osób nieprowadzących działalności gospodarczej

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Nazwa: **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Sulejówku**
 Siedziba: **UL. IDZIKOWSKIEGO 7B, 05-070 SULEJÓWEK,**
 Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na realizację świadczeń zdrowotnych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie lekarza POZ dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sulejówku;

1. Składam ofertę udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym przez (podać ilu) lekarza/y,
2. Oferowana liczba godzin w miesiącu: minimalnie - , maksymalnie -
3. Zobowiązuje się świadczyć usługę zgodnie z załączonym formularzem cenowym, na zasadach określonych w Ogłoszeniu i załącznikach do niego.
4. Termin realizacji zamówienia: 1.09.2017 r. do 31.12.2020 r.
5. Termin płatności: Realizacja należności następować będzie przelewem w terminie 30 dni od daty złożenia poprawnie wystawionej faktury Udzielającemu Zamówienia, na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie wskazany na fakturze/rachunku.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 2 do Ogłoszenia i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
7. Oświadczam, że termin związania ofertą wynosi 30 dni.
8. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w pkt 4 Ogłoszenia – na dowód czego:
 * w załączeniu przedstawiam dokumenty, o których mowa w pkt 5 Ogłoszenia; oświadczam przy tym, że dane zawarte w złożonych dokumentach są aktualne na dzień składania ofert.
 ** w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuje się przedłożyć dokumenty, o których mowa w pkt 5.1-5.6 Ogłoszenia, przed podpisaniem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych
 ad * i ** – niepotrzebny punkt skreślić.

9. Oświadczam że posiadam letnie doświadczenie zawodowe i zobowiązuję się udokumentować spełnienie wymogu określonego w pkt 4.2 Ogłoszenia na żądanie Udzielającego Zamówienia.
10. Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz aktualne szkolenie w zakresie BHP – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 4 Ogłoszenia.
11. Ofertę niniejszą składałam na zapisanych kolejno ponumerowanych i podpisanych stronach.
12. Załącznikami do niniejszej oferty są:

1)

3).....

2)

4)

....., dnia

.....