

FORMULARZ OFERTOWY
w otwartym konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych

przez.....

w zakresie

**w Szpital Lipno Sp. z o.o.
ul. Nieszawska 6, 87-600 Lipno**

I. Dane Oferenta

1. Pełna nazwa i siedziba Oferenta (adres)

.....

2. Imię i nazwisko Oferenta

.....

3. Adres do korespondencji

.....

4. Nr telefonu kontaktowego, adres poczty elektronicznej

5. Nr wpisu do właściwego rejestru

6. Organ dokonujący wpisu

7. Nr REGON

8. Nr KRS

9. Nr NIP

II. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

.....

III. Maksymalna liczba godzin udzielania świadczeń w miesiącu, którą Oferent może udzielać

.....

IV. Liczba dyżurów* w miesiącu, w ramach których Oferent będzie udziela świadczeń:

- dyżurów w dni powszednie od poniedziałku do piątku (zgodnie z harmonogramem),
- dyżury w soboty, niedziele i święta (zgodnie z harmonogramem).

V. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:

- 1) stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na dyżurze w oddziale od poniedziałku do piątku
- 2) stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na dyżurze w oddziale w soboty, niedziele i święta

VI. Oferent oświadcza, że:

- 1) stan prawny i faktyczny stwierdzony w ofercie i załączonych do niej dokumentach jest aktualny na dzień składania ofert,
- 2) zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert,
- 3) zapoznał się i nie zgłasza zastrzeżeń do „Szczegółowych warunków otwartego konkursu ofert”, którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- 4) wykształcenie oferenta:

lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej	
lekarz specjalista lub posiadający II ⁰ specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej	

*minimalna liczba dyżurów to 1.

data

podpis Oferenta.....