

.....,dnia.....

.....
pieczęć firmowa Oferenta z adresem

FORMULARZ OFERTY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę medycyny pracy w Poradni Medycyny Pracy i Poradni Konsultacyjnej Medycyny Pracy w siedzibie MWOMP w Płocku.

1. Dane o Oferencie:
(wypełnić **a, b, c lub d**)

a) dotyczy Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

Nazwa zakładu

Siedziba zakładu

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego

Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta

Telefon Fax

b) dotyczy przedsiębiorcy posiadającego status osoby prawnej

Nazwa zakładu

Siedziba zakładu

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego

Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta

Telefon Fax

c) dotyczy przedsiębiorcy niebędącego osobą prawną

Nazwa zakładu

Siedziba zakładu

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

*Nazwa podmiotu posiadającego osobowość prawną, który utworzył podmiot leczniczy i adres jego siedziby oraz numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego

.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

Handwritten signature in blue ink, a blue arrow pointing down, and a blue stamp with the text "A. GOSIA".

.....
.....
*lub nazwa innego podmiotu (wraz z ich adresem lub siedzibą), który utworzył podmiot leczniczy – w przypadku, gdy jest nim osoba fizyczna lub osoby fizyczne działające w formie spółki cywilnej oraz status wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej
.....
.....

Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta

Telefon Fax

* wypełnić właściwie

d) indywidualna lub grupowa praktyka lekarska

Imię i nazwisko oferenta (oferentów)

Adres oferenta (oferentów) oraz adres gabinetu

Telefon Fax

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską

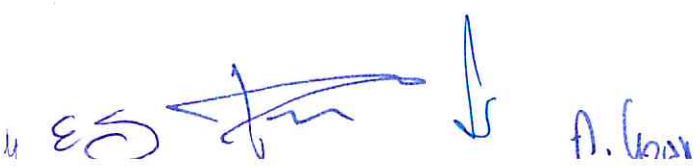
Status wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

Numer prawa wykonywania zawodu

2. Oświadczenia Oferenta:

- 2.1 Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia Mazowieckiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w sprawie konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych dla MWOMP w siedzibie w Płocku.
- 2.2 Oświadczam, że wyrażam zgodę na związanie ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- 2.3 Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń, a w przypadku wyboru mojej oferty podpiszę umowę na warunkach określonych w istotnych postanowieniach umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego po otrzymaniu pisma akceptującego o wyborze.

.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

Handwritten signature in blue ink, a blue arrow pointing downwards, and the name 'A. Gosi' written in blue ink.

- 2.4 Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy do celów przeprowadzenia konkursu ofert i realizacji umowy w przypadku wyboru mojej oferty.

OFERTA CENOWA LEKARZA SPECJALISTY MEDYCyny PRACY
na wykonywanie świadczeń zdrowotnych
dla MWOMP w Poradni Medycyny Pracy i Poradni Konsultacyjnej
Medycyny Pracy w siedzibie w Płocku.

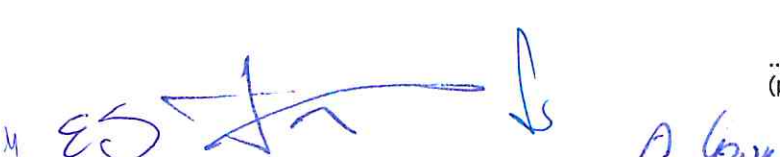
1. Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza specjalisty medycyny pracy dla MWOMP w Płocku za jednostkową stawkę godzinową w wysokości:brutto (słownie złotych:) za 1 godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.
2. Oświadczam, że podana w ofercie stawka godzinowa nie ulegnie zmianie w okresie trwania umowy.
3. Wskazanie kwalifikacji zawodowych osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych:
.....
.....
.....
.....
4. Miejsce, dni i godziny udzielania świadczeń: siedziba MWOMP w Płocku, ul. Kolegialna 17, 1 raz w tygodniu w dniu (z wyłączeniem sobót, niedziel, świąt i dni wolnych od pracy dla pracowników MWOMP) przez 3 godziny dziennie w godzinach pracy Ośrodka (7.25-18.00) w godz.
5. Proponowany czas trwania umowy od dnia 01 listopada 2022 r. do dnia 31 października 2024 r.

Załącznikami do niniejszej Oferty są:

Kserokopie dokumentów poświadczane za zgodność z oryginałem potwierdzające:

- dane Oferenta wypełnione w punkcie 1 (a, b, c lub d) zgodne z otrzymanymi wytycznymi w sprawie sporządzenia oferty w konkursie ofert prowadzonym przez MWOMP na udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne;
- zawarcie umowy odpowiedzialności cywilnej oferenta;
- kwalifikacje i uprawnienia lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych (dyplom lekarza, specjalizacja, prawo wykonywania zawodu lekarza, zaświadczenie o wpisie do rejestru lekarzy uprawnionych do wykonywania badań profilaktycznych i inne).

.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)



1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

ES  A. Gosh