

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

.....
pieczęć firmowa Oferenta z adresem

FORMULARZ OFERTY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza kardiologa w zakresie świadczeń leczniczych, specjalistycznych badań kardiologicznych i kompleksowych konsultacji kardiologicznych w Poradni Kardiologicznej w siedzibie MWOMP w Płocku dla potrzeb Poradni Medycyny Pracy, Poradni Chorób Zawodowych, Poradni Konsultacyjnej Medycyny Pracy i Poradni dla Kierowców.

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

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

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page, including a large signature on the left and several smaller ones and stamps on the right.

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

*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 właściwe

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.

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

- 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.
- 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 KARDIOLOGA
dla MWOMP w siedzibie w Płocku.**

1. Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza kardiologa dla MWOMP w Płocku za ryczałtową stawkę miesięczną w wysokości: zł brutto (słownie złotych:).
2. Oświadczam, że podana w ofercie ryczałtowa stawka miesięczna 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 wymiarze 2 godzin dziennie w dniu (z wyłączeniem sobót, niedziel, świąt i dni wolnych od pracy dla pracowników MWOMP) w godzinach pracy Ośrodka (7⁰⁰-18⁰⁰) w godz. oraz w siedzibie Zleceniobiorcy w Płocku, ul. 2 razy w tygodniu w godz.
5. Proponowany czas trwania umowy od dnia 01 stycznia 2023 r. do dnia 31 grudnia 2025 r.

Załącznikami do niniejszej Oferty są:

Kserokopie dokumentów poświadczające 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;

The bottom of the page features several handwritten signatures in blue ink. From left to right, there is a signature that appears to be 'dhr', followed by a signature that looks like 'ES', then a signature that looks like 'Jc', and finally a signature that looks like 'A. Kosow'. There are also some faint, illegible markings and what might be a stamp or another signature partially visible.

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

- kwalifikacje i uprawnienia lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych (dyplom lekarza, specjalizacja, prawo wykonywania zawodu lekarza i inne).

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

du



A. Gontyp

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