

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

.....
pieczęć firmowa Oferenta z adresem

FORMULARZ OFERTY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza neurologa w zakresie świadczeń leczniczych oraz konsultacji neurologicznych w Poradni Neurologicznej dla potrzeb Poradni Medycyny Pracy, Poradni Chorób Zawodowych, Poradni Konsultacyjnej Medycyny Pracy i Poradni dla Kierowców w Oddziale MWOMP w Radomiu.

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

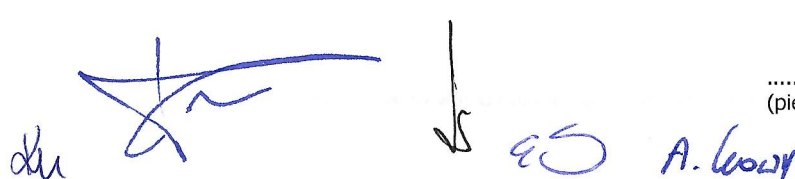
c) dotyczy przedsiębiorcy niebędącego osobą prawną

Nazwa zakładu

Siedziba zakładu

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

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

Handwritten signature and stamp in blue ink at the bottom left of the page.

.....
*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 Płocku Oddział w Radomiu.
- 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.

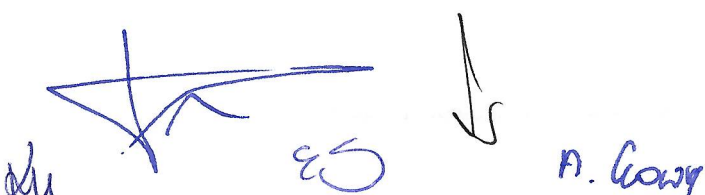
**OFERTA CENOWA LEKARZA NEUROLOGA
dla Oddziału MWOMP w Radomiu.**

1. Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza neurologa dla MWOMP w Płocku Oddział w Radomiu za ryczałtową stawkę miesięczną w wysokości:brutto (słownie złotych:).
2. Oświadczam, że podana w ofercie miesięczna stawka ryczałtowa nie ulegnie zmianie w okresie trwania umowy.
3. Wskazanie kwalifikacji zawodowych osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych:
.....
.....
.....
.....
4. Miejsce, dni i godziny udzielania świadczeń: Oddział MWOMP w Radomiu, ul. Rodziny Winczewskich 5, 3 razy w tygodniu, w wymiarze 9 godzin tygodniowo (z wyłączeniem świąt i dni wolnych od pracy dla pracowników Oddziału MWOMP w Radomiu), w godzinach pracy Oddziału MWOMP w Radomiu (7²⁵-18⁰⁰).
Wskazanie dni i godzin udzielania świadczeń:
.....
5. Proponowany czas trwania umowy od dnia 01 listopada 2023 r. do dnia 31 października 2026 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;

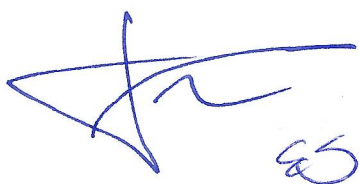


.....
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

- kwalifikacje i uprawnienia lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych (dyplom lekarza, specjalizacja w zakresie neurologii, prawo wykonywania zawodu lekarza, zaświadczenie o wpisie do rejestru lekarzy uprawnionych do wykonywania badań profilaktycznych i inne).

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

dr



A. Gomp

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