……,dnia……

……
pieczęć firmowa Oferenta z adresem

FORMULARZ OFERTY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę medycyny pracy w Poradni Medycyny Pracy, Poradni Chorób Zawodowych, Poradni Konsultacyjnej Medycyny Pracy oraz Poradni dla Kierowców 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 ……

……

……
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

*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, ze zapoznałem się z treścią ogłoszenia Mazowieckiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy SP ZOZ 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.

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, Poradni Chorób Zawodowych, Poradni Konsultacyjnej Medycyny Pracy oraz Poradni dla Kierowców w siedzibie MWOMP 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 jednostkowa 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, 3 razy w tygodniu przez 7 godzin w dniach i godzinach …….. (z wyłączeniem sobót, niedziel, świąt i dni wolnych od pracy dla pracowników MWOMP w Płocku) w godzinach pracy Ośrodka (7^{00}-18.00).
5. Proponowany czas trwania umowy od dnia 1 stycznia 2027 r. do dnia 31 grudnia 2029 r.

Załącznikami do niniejszej Oferty są:

Kserokopie dokumentów poświadczone 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;

……
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

- 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).

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

……
(pieczęć i podpis oferenta lub osoby upoważnionej)