

.....
Miejscowość, data

Pieczęć Oferenta

SPZOZ Wojewódzki Ośrodek Terapii
Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia
w Stanominie
78-217 Stanomino 5

Formularz Ofertowy

Na świadczenia usług lekarskich jako lekarz psychiatra w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, dla osób
uzależnionych i ich rodzin będących pacjentami Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu
i Współuzależnienia w Kołobrzegu

A. Dane oferenta:

1. Nazwisko i imię lub nazwa firmy
2. Siedziba praktyki / firmy (adres):
3. Nr i miejsce wpisu w ewidencji działalności gospodarczej lub innym właściwym rejestrze
.....
4. NIP
5. Regon.....
6. Telefon kontaktowy.....
7. Email

B. Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty:

.....
.....
.....

C. Imienny wykaz osób będących udzielać danego zakresu świadczeń zdrowotnych ¹:

1. Nazwisko.....
2. Imiona.....
3. Nazwa uczelni / szkoły i kierunek ukończonych studiów / szkoły oraz nr dyplomu:
.....
.....
4. Numer certyfikatu / zaświadczenia:
5. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem

/ certyfikatem lub innym dokumentem)

.....
.....

D. Oferta:

1. w zakresie kryterium ceny:

..... zł brutto (słownie:.....)

za 1 godzinę realizowania świadczenia zdrowotnego (wykonanej usługi);

2. w zakresie kryterium jakości wskazuję kwalifikacje opisane w części C;

3. w zakresie dostępności zgłaszam gotowość do udzielania świadczeń (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na kropkowanym polu):

do 3 dni w jednym tygodniu

cztery dni w jednym tygodniu

co najmniej 5 dni w tygodniu

E. Oświadczenie Oferenta zgodne ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego (należy załączyć do formularza ofertowego).

F. Do Formularza Ofertowego załączam ²:

1. kopie dokumentów:

- a) dyplom ukończenia studiów wyższych,
- b) dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),
- c) rejestracyjnych - zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub innego właściwego rejestru,
- d) polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych,
- e) zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy,
- f) zaświadczenia o przebytych szkoleniach BHP,

2. nr rachunku bankowego zgodnie ze wzorem w załączniku nr 2 do Formularza Ofertowego,

3. oryginał pełnomocnictwa w przypadku o którym mowa w § 5 ust. 9 Szczegółowych warunków Konkursu Ofert,

4. wzór podpisu paraf osoby podpisującej formularz ofertowy i ofertę - stanowiący załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego,

5. Oświadczenie Oferenta (Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych), który udzielać będzie świadczeń zdrowotnych, że wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji umowy stanowiący załącznik nr 4 do Formularza Ofertowego.

1. Część C należy zwielokrotnić zgodnie z oferowaną liczbą osób.

2. Należy zwielokrotnić odpowiednio do zwielokrotnionej części C.

.....
Podpis Oferenta