

**FORMULARZ OFERTOWY****Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa Oferenta

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

2. Adres Oferenta:

ul .....nr .....

kod pocztowy ..... miejscowość .....

tel ..... fax .....

adres e-mail .....

Regon .....NIP.....

Numer księgi rejestrowej / KRS .....

**W załączeniu przedkładam\*/:**

1. W przypadku indywidualnych lub grupowych praktyk – dokument stwierdzający wpis do rejestru praktyki prowadzonego przez właściwą Okręgową Radę Lekarską.
2. W przypadku oferentów prowadzących działalność gospodarczą zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu (ważny 6 miesięczny).
3. W przypadku podmiotów leczniczych - aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, (ważny 6 miesięczny).
4. Prawo wykonywania zawodu lekarza mającego udzielać świadczeń zdrowotnych wraz z dokumentem potwierdzającym specjalizację.
5. Wykaz lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie z załączonym wzorem.
6. Aktualną polisę ubezpieczeniową
7. Aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji zadań wynikających z warunków umowy
8. Aktualne zaświadczenie potwierdzające ukończenie szkolenia bhp
9. Posiadane dyplomy, zaświadczenia, certyfikaty potwierdzające posiadanie dodatkowych kwalifikacji / uprawnień

Powyższe dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

**Proponowana kwota należności w zakresie umów kontraktowych (cena brutto) za\*\*:**

Konsultację, zabieg lub jedno badanie, ze wskazaniem rodzaju konsultacji lub badania (dotyczy zakresu: I pkt 1, 3, 4, 5, IV, VIII, ogłoszenia), jeden punkt porady specjalistycznej (dotyczy zakresu: III, IIIa ogłoszenia), ryczałt (dotyczy zakresu: I pkt 2, VII, ogłoszenia), godzinę dyżuru w dni robocze, godzinę dyżuru w soboty, niedziele i święta (dotyczy zakresu: II, ogłoszenia), godzinę dyżuru (dotyczy zakresu: VI, IX, ogłoszenia), % od wartości sprzedaży brutto, godzinę szkolenia pracownika (dotyczy zakresu: V ogłoszenia),

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

**Oferta dodatkowa**

1. Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard określony w Szczegółowych Warunkach Konkursu.....

2. Przyjmuję do wiadomości termin płatności w wymiarze 14 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu

\* właściwe zakreślić

\*\*właściwe wpisać

.....  
 (pieczętka i podpis Oferenta)

