

FORMULARZ OFERTOWY

Do ogłoszenia przez Wielkopolskie Centrum Onkologii z siedzibą 61-866 w Poznaniu ul. Garbary 15, konkursu ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie

1. DANE OFERENTA:

Imię i nazwisko/ Nazwa praktyki lekarskiej:

.....
.....

Nr REGONNIP

Nr telefonu kontaktowego:.....

adres e-mail:

Adres siedziby praktyki lekarskiej

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica/nr domu/nr lokalu:

.....

Adres zamieszkania lub korespondencji:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica/nr domu/nr lokalu:

.....

2. OKREŚLENIE SPOSOBU ORGANIZACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH;

Miejsce udzielania świadczeń/adres siedziby/oddział/zakład/poradnia:

.....

.....

Harmonogram udzielania świadczeń/ dni tygodnia/godziny

.....

.....

3. PROPONOWANA KWOTA NALEŻNOŚCI (BRUTTO):

- W systemie ryczałtowym:

.....

- W systemie zadaniowym/ stawka punktowa/skala punktowa w zależności od rodzaju świadczeń:

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

- W systemie godzinowym

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

- Za 1 konsultację specjalistyczną;

.....
.....

4. KALKULACJA INNYCH SKŁADNIKÓW NALEŻNOŚCI (BRUTTO):

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

5. OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY:

.....

6. OŚWIADCZENIA OFERENTA:

Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem(-am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w **zakresie**i akceptuję postanowienia w niej zawarte.

- 2) Zapoznałem(-am) się z klauzulą obowiązku informacyjnego i załączam podpisaną klauzulę zgody na przetwarzanie danych osobowych w konkursie ofert na udzielenie świadczenia zdrowotnego w Wielkopolskim Centrum Onkologii.
- 3) Zapoznałem(-am) się ze wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 3 do treści ogłoszenia o konkursie, akceptuję postanowienia w nim zawarte i wyrażam zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami.
- 4) Uważam się za związanego (-ą) z niniejszą ofertą przez czas wskazany w ogłoszeniu, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

7. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE W OGŁOSZENIU O KONKURSIE:

- 1) Przebieg pracy zawodowej i CV.
- 2) Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (dyplom lekarza, prawo wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacji, doktoratu, certyfikaty itp.).
- 3) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, NIP, Regon LUB wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej RP.
- 4) Kopie dokumentów rejestracyjnych oferenta (zaświadczenie z Okręgowych Izb Lekarskich o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z księgą rejestrową).
- 5) Kopie polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej.
- 6) Kopie zaświadczenia lekarskiego o zdolności do pracy.
- 7) Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych w konkursie ofert na udzielenie świadczenia zdrowotnego w Wielkopolskim Centrum Onkologii.

.....
Data, czytelny podpis Oferenta