

FORMULARZ OFERTOWY

w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych
przez lekarzy w rodzaju leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego w zakresie:

- całodobowe świadczenia lekarskie w zakresie ginekologii i położnictwa
w Oddziale Ginekologiczno - Położniczym i Izbie Przyjęć Powiatowego Centrum
Medycznego w Grójcu Sp. z o. o.

I. Dane oferenta

1. Pełna nazwa i siedziba oferenta (adres)

.....
.....

2. Imię, nazwisko oferenta

.....

3. Adres do korespondencji

.....

4. Nr telefonu kontaktowego

.....

5. Nr wpisu do właściwego rejestru

.....

6. Organ dokonujący wpisu

.....

7. Nr REGON

8. Nr KRS

9. Nr NIP

10. Nr Pesel

II. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

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

III. Dodatkowe uprawnienia osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

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

IV. Maksymalna liczba godzin w miesiącu, przez którą Oferent może udzielać świadczeń.....

V. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:

- stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

Oferent oświadcza, że:

- 1) stan prawny i faktyczny stwierdzony w ofercie i załączonych do niej dokumentach jest aktualny na dzień składania ofert;
- 2) zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert poprzedzającym zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w PCMG Sp. z o.o.;
- 3) zapoznał się i nie zgłasza zastrzeżeń do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”, którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w PCMG Sp. z o.o.;
- 4) zapoznał się z projektem umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w PCMG Sp. z o.o.;
- 5) nie wnosi zastrzeżeń do jego treści i zobowiązuje się do zawarcia umowy na warunkach opisanych w projekcie;
- 6) zobowiązuje się przed zawarciem umowy do dostarczyć dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą rodzaju i zakresu świadczeń zdrowotnych objętych konkursem w PCMG Sp. z o.o.;
- 7) dokumenty potwierdzające*:

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.
ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00
Fax. +48 48 664 21 81

E – mail: sekretariat@pcmg.pl
www.pcmg.pl

Załącznik nr2
do Ogłoszenia o konkursie ofert
Postępowanie: nr 11/K2016

1. dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe:
 - a) dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego
.....
 - b) prawo wykonywania zawodu
.....
 - c) dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku (specjalności)
.....
 - d) inny dokument
.....
2. dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi,
3. dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe:.....
.....

- są w posiadaniu Działu Kadr i Płac PCMG Sp. z o.o., a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

Grójec, dnia r.

.....

podpis oferenta