

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

*Załącznik nr2
do Ogłoszenia o konkursie ofert
Postępowanie: nr 6/K/2017*

FORMULARZ OFERTOWY

**w konkursie ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne
w zakresie:**

**- świadczenia usług medycznych w Izbie Przyjęć w godzinach 8:00 – 15:35
w Powiatowym Centrum Medycznym w Grójcu Sp. z o. o.**

I. Dane oferenta

1. Pełna nazwa i siedziba oferenta (adres) /imię i nazwisko oferenta

.....
.....

2. Adres do korespondencji (z kodem pocztowym)

.....

3. Nr telefonu kontaktowego/ adres/ e-mail

.....

4. Nr wpisu do właściwego rejestru indywidualnych/ specjalistycznych praktyk i organ dokonujący wpisu

.....

5. Nr REGON

6. Nr KRS

7. Nr NIP

8. Nr Pesel

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

Załącznik nr2
do Ogłoszenia o konkursie ofert
Postępowanie: nr 6/K/2017

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
słownie: (..... zł za 1 godzinę).

VI. Staż pracy w zawodzie: lat

VII. Obecne miejsce zatrudnienia (podać formę zatrudnienia i nazwę zakładu)

.....
.....

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*:

* - niepotrzebne skreślić

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Piotra Skargi 10, 05-600 Grójec
Wpisano do Krajowego Rejestru Sądowego XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego Sądu Rejonowego dla M St. Warszawy w Warszawie. Nr KRS: 0000351118, NIP 797-201-92-61, REGON: 142203546

zw

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

www.pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

Załącznik nr2
do Ogłoszenia o konkursie ofert
Postępowanie: nr 6/K/2017

1. dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe:

- a) dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego
- b) prawo wykonywania zawodu z oświadczeniem o braku ograniczeń
- c) dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku (specjalności)
- d) dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie będącej przedmiotem konkursu
- e) zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji lekarza
- f) dokumenty potwierdzające posiadanie innych kwalifikacji medycznych

inny dokument:

- 2. dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi,
- 3. dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe:
- 4. w przypadku zawodów regulowanych zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych/ specjalistycznych lub grupowych praktyk lekarskich właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej potwierdzające kwalifikacje osób mających wykonywać świadczenia zdrowotne w zakresie zgodnym ze składaną ofertą,
- 5. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej oraz numer NIP i REGON,
- 6. zaświadczenie lekarskie dot. aktualnego stanu zdrowia,
- 7. polisa OC wystawiona stosownie do obowiązujących przepisów, dołączona do oferty lub dostarczona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
- 8. zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach związanych ze złożeniem oferty na udzielanie świadczeń,
- 9. pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze *Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert*, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta.

- są w posiadaniu Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi PCMG Sp. z o.o., a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

www.pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

*Załącznik nr2
do Ogłoszenia o konkursie ofert*
Postępowanie: nr 6/K/2017

Grójec, dnia r.

.....

podpis oferenta

