

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 nr 2

Postępowanie nr: 8/K/2017

FORMULARZ OFERTY

W KONKURSIE OFERT

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W RAMACH

INDYWIDUALNYCH PRAKTYK POŁOŻNICZYCH W ZAKRESIE CAŁODOBOWEJ OPIEKI

w oddziale:

Zakres 1. Położniczo – Ginekologicznym z Traktem Porodowym

Zakres 2. Neonatologicznym

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)

.....

Nr telefonu kontaktowego/ adres/ e-mail

3.

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

.....

5. Nr REGON

7. Nr NIP

.....

6. Nr KRS

8. Nr Pesel

.....

II. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

.....

.....

III. Dodatkowe uprawnienia osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

.....

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

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 położnej/ położnego: lat

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

Załączniki: dokumenty potwierdzające*):

*) niepotrzebne skreślić

1. Kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji zawodowych:

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

f) dokumenty potwierdzające posiadanie innych kwalifikacji medycznych

inny dokument:

2. dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi,

3. dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe (wraz z udokumentowaną liczbą lat stażu pracy w zawodzie - zaświadczenie):

4. aktualna kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodnym ze składaną ofertą,

5. kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),

6. aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy,

7. kopia aktualnej polisy OC wystawiona stosownie do obowiązujących przepisów, dołączona do oferty lub dostarczona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,

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

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.

Grójec, dnia r.

.....

podpis Oferenta

