

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

ul. Ks. 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 nr 2

Postępowanie nr: 11/K/2017

FORMULARZ OFERTY

W KONKURSIE OFERT

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W ZAKRESIE

ratunkowych medycznych świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych i lekarzy w:

Oddział Ratownictwa Medycznego

Zadanie 1. Ratownik Medyczny/Kierowca

Zadanie 2. Lekarz Systemu

- właściwie zakreślić

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:

.....
.....

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

ul. Ks. 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

III. Dodatkowe uprawnienia osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

.....
.....

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

V. Minimalna liczba godzin w miesiącu, przez którą Oferent może udzielać świadczeń

VI. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:

- stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
słownie: (..... zł za 1 godzinę).

VII. Staż pracy w zawodzie ratownika medycznego/lekarza systemu: lat

VIII. 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

.....

f) zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji

.....

g) dokumenty potwierdzające posiadanie innych kwalifikacji medycznych

.....

2. inny dokument:

a) dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi,

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

ul. Ks. 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

- b) dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe
- c) aktualna kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w zakresie zgodnym ze składaną ofertą,
- d) kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
- e) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy,
- f) kopia aktualnej polisy OC wystawiona stosownie do obowiązujących przepisów, dołączona do oferty lub dostarczona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
- g) zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach związanych ze złożeniem oferty na udzielanie świadczeń,
- h) 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

Spr
dyktor ds. Pielęgniarskich
i Personelu Średniego
Olgiera Paweł. 11/11
22.06.2017

dyktor ds. Medycznych
Paweł. 06.2017

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Ks. 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