

FORMULARZ OFERTOWY

Postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych w Ośrodku Wczesnej Interwencji dla Osób z Problemem Alkoholowym i ich Rodzin, ul. Północna 3, 20-064 Lublin.

1. Dane

Dane oferenta
Imię:
Nazwisko:
PESEL
Nr prawa wykonywania zawodu:
Specjalizacja w zakresie:
Nr dokumentu specjalizacji (nie dotyczy osób w trakcie specjalizacji):
Nr rejestru indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej
NIP: REGON:
Adres indywidualnej praktyki lekarskiej
Adres do korespondencji
Telefon

2. Propozycja ofertowo-cenowa

1. Stawka (brutto) za godzinę udzielania świadczeń: zł.
2. Deklarowana liczba dyżurów w miesiącu: (dyżur 12-godzinny)

3. Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o zamówieniu, istotnymi warunkami zamówienia („IWZ”) oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oferuję wykonywanie objętych ogłoszeniem świadczeń zdrowotnych na rzecz Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie, zgodnie z warunkami zawartymi w istotnych warunkach zamówienia.
3. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych i utrzymam je przez okres obowiązywania umowy* lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia z obowiązkiem przedłożenia jej w dniu ewentualnego podpisania umowy.*
5. Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia.

*) niepotrzebne skreślić

Załączniki

1. Poświadczona kopia wpisu do rejestru (specjalistycznych) indywidualnych praktyk lekarskich
2. Poświadczona kopia dyplomu lekarza
3. Poświadczona kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza
4. Poświadczona kopie dokumentów dotyczących posiadanych specjalizacji lub poświadczających odbywanie specjalizacji.
5. Poświadczona kopia polisy OC lub inny dowód zawarcia umowy ubezpieczenia OC (np. dowód uiszczenia składki).

.....

miejsce, data

.....

pieczęć, podpis oferenta