

Warszawa, dnia.....

Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej w Warszawie
ul. Kasprzaka 17
01 – 211 Warszawa

O F E R T A

na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Wolskiego

Imię.....
Nazwisko.....
PESEL.....
Zawód.....
Nr dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe.....
Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej*.....
NIP..... * REGON*.....
Nr telefonu

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....
.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Wolskiego zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Szpitala Wolskiego w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.

4. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc w terminie określonym we wzorze umowy.)***
5. Oświadcza iż w okresie 3 lat poprzedzających dzień rozstrzygnięcia niniejszego postępowania konkursowego Szpital Wolski **nie rozwiązał** z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
6. Deklaruje minimalną liczbę godzin udzielania świadczeń w miesiącu.
7. Proponuje wysokość stawki w kwociezł za 1 godzinę udzielania świadczeń.
8. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr5a do nr.....
9. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w jednostkach systemu udzielał przez okreslat i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczona kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z CEIDG – zał. nr 1*,
2. Poświadczona kopia nadania numeru REGON lub wydruk z CEIDG – zał. nr 2*,
3. Poświadczona kopia nadania numeru NIP – zał. nr 3*,
4. Kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji (dyplom ukończenia szkoły, zaświadczenia o ukończeniu kursów oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe, – zał. nr 4a, 4b, itd.)**,
5. Kserokopia polisy oc lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy – zał. nr 5**,
6. Oświadczenie oferenta dla celów zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz dla realizacji obowiązków podatkowych zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 3a do zarządzenia, które w przypadku wyboru oferenta stanowić będzie integralną część umowy na wykonywanie świadczeń***

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

- * dotyczy oferentów - podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie działalności gospodarczej,
** dotyczy zarówno oferentów będących podmiotem wykonującym działalność leczniczą jak również osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego,
*** dotyczy oferentów - osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego,
**** niepotrzebne skreślić