

FORMULARZ OFERTOWY

Zakres I. Ortopedia – lekarz specjalista - oddział, blok operacyjny, izba przyjęć (Szpital Św. Józefa)

Imię i nazwisko:

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność:

Adres firmy:

Kod pocztowy:, miasto:

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej:

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

Regon:, NIP:

DANE KONTAKTOWE:

Adres e-mail:, fax:, telefon kontaktowy:

Oferowane usługi:

| Lp. | Nazwa usługi | Stawka oferowana | Szacowana ilość usług/miesiąc/osobę wykonującą brana pod uwagę przy wycenie oferty na potrzeby konkursu |
|-----|--|------------------|---|
| 1 | Usługa realizowana na oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w postaci jednego punktu procedury sklasyfikowanej wg JGP zdefiniowanej przez NFZ | | 1100 |

Oferowany termin płatności:

..... - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni).

Dodatkowe elementy

Posiadam specjalizację z zakresu: II stopnia Dyplom specjalisty Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi:

.....
Podpis Oferenta

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

.....
Podpis Oferenta

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2016 roku poz. 922 ze zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie koniecznym do prawidłowego prowadzenia postępowania konkursowego oraz w celu ewentualnego zawarcia i realizowania umowy o świadczenie usług medycznych z Specjalistycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu.

.....
Podpis Oferenta

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 lit. a-c oraz lit. g-1 „Specyfikacji warunków konkursu ...” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty..
Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis

.....
Podpis Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY

Zakres II. Ortopedia – lekarz w trakcie specjalizacji z ortopedii - oddział, blok operacyjny, izba przyjęć (Szpital Św. Józefa)

Imię i nazwisko:

Firma, pod jaką jest prowadzona działalność:

Adres firmy:

Kod pocztowy:, miasto:

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej:

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

Regon:, NIP:

DANE KONTAKTOWE:

Adres e-mail:, fax:, telefon kontaktowy:

Oferowane usługi:

| Lp. | Nazwa usługi | Stawka oferowana | Szacowana ilość usług/miesiąc/osobę wykonującą brana pod uwagę przy wycenie oferty na potrzeby konkursu | Szacunkowa ilość oferowanych usług /miesiąc |
|-----|--|------------------|---|---|
| 1 | Godzina świadczenia usług w dni robocze | | 150 | |
| 2 | Godzina świadczenia usług w dni świąteczne, soboty, niedziele, dni ustawowo wolne od pracy | | 24 | |

Uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli.

Oferowany termin płatności:

..... - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni).

Dodatkowe elementy

Posiadam specjalizację z zakresu: II stopnia Dyplom specjalisty Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi:

.....
Podpis Oferenta

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

.....
Podpis Oferenta

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2016 roku poz. 922 ze zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie koniecznym do prawidłowego prowadzenia postępowania konkursowego oraz w celu ewentualnego zawarcia i realizowania umowy o świadczenie usług medycznych z Specjalistycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu.

.....
Podpis Oferenta

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 lit. a-c oraz lit. g-i „Specyfikacji warunków konkursu ...” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty..
Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis

.....
Podpis Oferenta