

FORMULARZ OFERTOWY

Zakres 1 Anestezjologia i Intensywna Terapia (Szpital Św. Rodziny)

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	.....	100	.....

Oferowany termin płatności:

..... - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaofertowany 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

FORMULARZ OFERTOWY

Zakres 2 Anestezjologia i Intensywna Terapia – gotowość do świadczenia usług (Szpital Św. Rodziny)

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 (brutto)	Szacowana ilość usług/miesiąc/osobę wykonującą brana pod uwagę przy wycenie oferty na potrzeby konkursu	Szacunkowa ilość oferowanych usług /miesiąc
1	Usługa w postaci 14 godzinnej gotowości pod telefonem w dni robocze – początek 18:00, koniec 8:00 dnia następnego	.....	5	.....
2	Usługa w postaci 24 godzinnej gotowości pod telefonem w sobotę, niedzielę i święta – początek 8:00, koniec 8:00 dnia następnego	.....	2	.....
3	Usługi zrealizowane po wezwaniu wykonanym w czasie gotowości pod telefonem – stawka ryczałtowa za jeden przyjazd	.....	1	.....

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