

FORMULARZ OFERTOWY
Spr. nr ZP-2512-11-GK/2015

1. Dane przyjmującego zamówienie

A. Podmiot leczniczy*

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

.....
.....

Nr wpisu do rejestru

nr KRS.....

Pełnomocnik

kontakt

B. Praktyka zawodowa*

Imię i nazwisko

telefon.....

e-mail

adres:.....

PESEL

NIP

REGON.....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja (nazwa, stopień i data
uzyskania)

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie badań psychotechnicznych:

- 1) Kierowcy zawodowego zł brutto za wydane orzeczenie/zaświadczenie;
- 2) Kierowcy samochodu służbowego zł brutto za wydane orzeczenie/zaświadczenie;
- 3) Operatora wózków widłowych zł brutto za wydane orzeczenie/zaświadczenie;
- 4) Do pracy na wysokościach zł brutto za wydane orzeczenie/zaświadczenie;
- 5) Widzenie w mroku (zmierzchowe) zł brutto za wydane orzeczenie/zaświadczenie;
- 6) Do posługiwania się bronią zł brutto za wydane orzeczenie/zaświadczenie;
- 7) Do „obrotu” bronią” zł brutto za wydane orzeczenie/zaświadczenie;
- 8) Pracownika ochrony fizycznejzł brutto za wydane orzeczenie/zaświadczenie.

Oferuję dyspozycyjność do realizacji świadczeń zdrowotnych w następujące dni:

poniedziałek w godz.;

wtorek w godz.;

środa w godz.;

czwartek w godz.;

piątek w godz.

3. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia do dnia

4. Oświadczenia

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami postępowania w sprawie zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz treścią umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
miejsowość i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SZPZLO Warszawa-Ochota zawartych w złożonej ofercie dla potrzeb niezbędnych w procesie przeprowadzenia konkursu ofert, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.).

.....
miejsce i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY*:

- 1) Nr prawa wykonywania zawodu.
- 2) Dokumenty potwierdzające zdobyte kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1413) lub z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248).
- 3) Umowę lub pisemne zobowiązanie się Przyjmującego zamówienie do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielanie zamówienia (art.25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej Dz. U. z 2013r. poz. 217 z późn. zm.). Dotyczy również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV. Kopię polisy na warunkach określonych w zobowiązaniu oferent przedkłada najpóźniej w przeddzień rozpoczęcia realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy (jeżeli dotyczy).
- 4) Informacje o liczbie osób, które będą realizowały przedmiot umowy z podaniem ich kwalifikacji zawodowych, numer prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy).
- 5) Zaświadczenie lekarskie dopuszczające do pracy.
- 6) Potwierdzenie aktualnego wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (jeśli dotyczy).
- 7) Dokument określający status prawny podmiotu założycielskiego (w przypadku, gdy Przyjmującym zamówienie jest podmiot leczniczy będący przedsiębiorcą).
- 8) Dokumenty potwierdzające zdobyte kwalifikacje zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. (Dz. U. z 1996 nr 69 poz. 332 z późn. zm.)
- 9) Dyplom.

* niepotrzebne skreślić