

FORMULARZ OFERTOWY
Spr. nr ZP-2512-27-GK/2016

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 w ramach medycyny pracy:**

- 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 (zmiernochowe) 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 fizycznej zł brutto za wydane orzeczenie/zaświadczenie;
- 9) Ciemnia i widzenie stereoskopowe zł brutto za wydane

orzeczenie/zaświadczenie;

- 10) Sprawność psychoruchowa zł 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 do nich 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 2016 r. poz. 922).

.....
miejsowość i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY*:

- 1) potwierdzenie aktualnego wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (jeżeli dotyczy);
- 2) wypis z rejestru prowadzonego przez wojewodę lub Ministra Zdrowia, lub okręgową radę lekarską właściwą dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza (jeżeli dotyczy);
- 3) dokument określający status prawny podmiotu założycielskiego (w przypadku, gdy Przyjmującym zamówienie jest podmiot leczniczy będący przedsiębiorcą);
- 4) 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 2015 r., poz.618 ze zm.); Dotyczy to 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(jeśli dotyczy);
- 5) informacje o liczbie osób, które będą realizowały przedmiot umowy z podaniem ich kwalifikacji zawodowych i nr prawa wykonywania zawodu (jeśli dotyczy);
- 6) prawo wykonywania zawodu (jeśli dotyczy);
- 7) dyplom lub świadectwo ukończenia odpowiedniej uczelni lub szkoły;
- 8) dokument potwierdzający formalne kwalifikacje - dyplom i zaświadczenia o odbytych kursach kwalifikacyjnych - zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2015, poz. 464 ze zm.).

* *niepotrzebne skreślić*