

Oferta

.....
 (nazwa i adres Oferenta)

Numer Księgi Rejestrowej

podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Numer PESEL

**Do
 Stobrowskiego Centrum Medycznego
 Sp. z o. o. z siedzibą w KUP
 ul. K. Miarki 14, 46 - 082 KUP**

O F E R T A

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert, którego przedmiotem jest **wykonywanie świadczeń zdrowotnych polegających na pełnieniu obowiązków lekarza dyżurnego w pionie internistycznym SCM Sp. z o. o.** - oferuję wykonanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wymaganiami określonymi w szczegółowych warunkach konkursu ofert za cenę:

Jedna godzina pełnienia obowiązków lekarza dyżurnego w dni powszednie,

święteczne i wolne od pracy zł

Deklaruję, minimalną liczbę dyżurów w pionie internistycznym w miesiącu

Oświadczam, że:

1. Uważam się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
2. Zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert i projekt umowy,
3. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, wyrażam zgodę na zawarcie umowy na czas określony w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
4. Znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,

Oferta

5. Nie zalegam w płaceniu składek na ubezpieczenie społeczne oraz podatków i innych danin publicznych,
6. Posiadam uprawnienia do orzekania w zakresie czasowej niezdolności do pracy,
7. Zapoznałem się z: regulaminem organizacyjnym, regulaminem dyżurów lekarskich, procedurami akredytacyjnymi i zintegrowanego systemu zarządzania jakością obowiązującymi u Udzielającego zamówienia i w przypadku zawarcia ze mną umowy zobowiązuję się do ich przestrzegania,
8. Posiadam stosowną umowę ubezpieczenia OC w zakresie prowadzonej działalności, zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa i zobowiązuję się do utrzymywania ważnej polisy ubezpieczeniowej przez cały okres obowiązywania umowy*/ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności, zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa, zostanie zawarte nie później niż z dniem rozpoczęcia obowiązywania umowy*.

*-niepotrzebne skreślić

Wykaz załączników do oferty:

1. kopia ważnej polisy ubezpieczeniowej OC lub oświadczenie, że ubezpieczenie takie zostanie zawarte nie później niż z dniem rozpoczęcia obowiązywania umowy,
2. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe:
 - 3.1. kopia dyplomu lekarza,
 - 3.2. kopia prawa wykonywania zawodu lekarza,
 - 3.3. kopie dyplomów specjalizacji,
 - 3.4. kopie posiadanych certyfikatów umiejętności, w przypadku ich posiadania

Dane kontaktowe Oferenta:

nr tel.

e-mail

....., dnia

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)