

Załącznik Nr 3

do ogłoszenie o konkursie ofert w sprawie zawarcia
umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych
z dnia 2017.09.12

Formularz ofertowy

- Ofertę sporządza się w języku polskim, z zachowaniem formy pisemnej, zgodnie z niniejszym formularzem ofertowym, pod rygorem nieważności.
- Oferent wypełnia formularz ofertowy wyłącznie w zakresie własnej oferty. W pozostałej części formularza ofertowego wpisuje słowa „nie dotyczy”.
- Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych obejmujących co najmniej jeden zakres świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem konkursu ofert (pkt 4 formularza).
- Nie dopuszcza się możliwości składania ofert alternatywnych. Oferent wypełnia tylko jedną propozycję wynagrodzenia.

**Formularz ofertowy w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych
w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia usług lekarskich
w realizowanych transportach medycznych**

1. Pełna Nazwa Oferenta :

.....
.....

siedziba Oferenta (dokładny adres) :

.....

Numer księgi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność

prowadzonego przez wojewodę właściwego dla siedziby Oferenta

Numer wpisu do rejestru praktyk lekarskich prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w

Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

prowadzonej przez

Numer identyfikacyjny REGON

Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP)

Oferenta reprezentuje (imię i nazwisko)

na podstawie

2. Wykaz lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach zamówienia.

a) Imię i nazwisko lekarza

Tytuł naukowy

Numer prawa wykonywania zawodu

wydanego przez.....

Tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w dziedzinie:

.....

Numer PESEL lekarza
Adres zamieszkania lekarza
Numer dowodu osobistego lekarza
wydanego przez.....

powyższe dane powtarza się dla każdej osoby, która będzie udzielać przedmiotowych świadczeń zdrowotnych

b) Imię i nazwisko lekarza
Tytuł naukowy
Numer prawa wykonywania zawodu
wydanego przez.....
Tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w dziedzinie:
.....

Numer PESEL lekarza
Adres zamieszkania lekarza
Numer dowodu osobistego lekarza
wydanego przez.....

powyższe dane powtarza się dla każdej osoby, która będzie udzielać przedmiotowych świadczeń zdrowotnych

(w przypadku wskazania większej ilości osób świadczących należy podać dane opisane powyżej na odrębnej karcie podpisanej przez oferenta)

3. **Oferent oświadcza**, przez złożenie podpisu pod niniejszą ofertą, że zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z dnia....., warunkami wymaganymi od Oferentów przystępujących do konkursu ofert, warunkami udzielania świadczeń zdrowotnych, wykazem dokumentów wymaganych w ofercie, kryteriami oceny ofert i do ich treści nie wnosi uwag. Treść i opisane zasady w powyższych dokumentach są zrozumiałe dla Oferenta.

4. **Propozycje ofertowe Oferenta:**

- 1) Dla udzielanych świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia usług lekarskich w realizowanych transportach medycznych , w godzinach od 15³⁰ do 8⁰⁰ dnia następnego, w dni powszednie tygodnia od poniedziałku do piątku i w godzinach od 8⁰⁰ do 8⁰⁰ dnia następnego, w soboty, niedziele i dni świąteczne ustawowo wolne od pracy:
- 2) liczba dni udzielania świadczeń miesięcznie (średnio w roku) :
- 3) liczba godzin udzielania świadczeń miesięcznie (średnio w roku) :
- 4) liczb dni zaprzestania udzielania świadczeń w roku kalendarzowy ; maksymalnie do
- 5) wynagrodzenie brutto za udzielanie świadczeń w systemie godzinowym : zł./godzinę udzielania świadczeń

Czytelny podpis Oferenta oraz pieczęć: