……
(nazwa i adres Oferenta)

O F E R T A

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert, którego przedmiotem jest:

1. ***„Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej wraz z Pododdziałem Rehabilitacji Dorosłych Chorych ze śpiączką Brzeskiego Centrum Medycznego"***
2. ***„Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę lub w trakcie specjalizacji w Oddziale Ginekologiczno–Położniczym Brzeskiego Centrum Medycznego"***

oferuję wykonanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymaganiami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert za cenę:

Zadanie nr 1

.....,..... zł brutto (słownie: ……. złotych ...../100) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej wraz z Pododdziałem Rehabilitacji Dorosłych Chorych ze śpiączką Brzeskiego Centrum Medycznego

Zadanie nr 2

.....,..... zł brutto (słownie: ……. złotych ...../100) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Ginekologiczno–Położniczym Brzeskiego Centrum Medycznego

Oświadczam, że:

1) uważam się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert;

2) zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia, Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert i projekt umowy;

3) posiadam kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do wykonania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert;

4) nie zalegam w płaceniu składek na ubezpieczenie społeczne oraz podatków i innych danin publicznych;

5) 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:

a) kopia dyplomu,
b) kopia prawa wykonywania zawodu,
c) kopie dyplomów specjalizacji,
d) kopie posiadanych certyfikatów umiejętności,
e) Zaświadczenie o odbytym szkoleniu BHP,
f) Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań lekarskich do wykonywania pracy na danym stanowisku.

UWAGI:

……
……
……

Dane kontaktowe oferenta:

1.) nr tel. ……..

2.) e-mail: ……..

Administratorem Pani / Pana danych osobowych zawartych w dokumentach ofertowych jest Brzeskie Centrum Medyczne Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Brzegu, ul. Mossora 1. Dane zbierane są w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego oraz podjęcia działań zmierzających do zawarcia umowy. Ma Pani / Pan prawo dostępu do treści swoich danych i prawo ich poprawiania. Podanie dodatkowych danych osobowych jest dobrowolne i wymaga Pani/Pana wyraźnej zgody.

Data ....
Podpis oferenta lub osoby upoważnionej
do reprezentowania Oferenta