

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert DWOMP.II.42.287.2023 składam niniejszą ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza psychiatrę dla pacjentów DWOMP Oddział - Obwód Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu w Poradni Zdrowia Psychicznego przy Oddziale Dziennym Psychiatrycznym okresie do dnia 30.04.2024r.

DANE O OFERENCIE:

.....

 (nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego)

Numer NIP.....

Numer REGON.....

Wpis do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk prowadzony przez Okręgową Izbę Lekarską

Prawo wykonywania zawodu

Numer telefonu z nr kierunkowym.....

Adres e-mail.....

1. Oferowana tygodniowo liczba godzin realizacji zamówienia (badań): od 4h do 20h
2. Oferowane dni realizacji zamówienia wg wariantów (badań):

<input type="checkbox"/>	Wg ustalonego harmonogramu
Wariant I	od 13.00 do 18.00

Proszę zaznaczyć oferowane dni zakreślając właściwy kwadrat znakiem: x

1. Oferowana cena za poradę diagnostyczną

..... zł/h netto (słownie:)

..... zł/h brutto (słownie:)

2. Oferowana cena za poradę kontrolną

..... zł/h netto (słownie:)

..... zł/h brutto (słownie:)

3. Oferowana cena za poradę terapeutyczną

..... zł/h netto (słownie:)

..... zł/h brutto (słownie:)

4. Suma oferowanych cen od pkt. 1-3

..... zł netto (słownie:)

..... zł brutto (słownie:)

Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....
(nazwa banku i nr konta)

w terminie określonym umową od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.

5. Doświadczenie – liczba lat pracy jako lekarz psychiatra

6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń. Oświadczam, że nie ciąży na mnie wyrok Sądów Karnych/Sądów Dyscyplinarnych, nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne/dyscyplinarne.

7. Oświadczam, że posiadam kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia.

8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów.

9. Oświadczam, że jestem zobowiązany ofertą przez okres 30 dni od dnia otwarcia ofert.

10. Oświadczamy, że w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.

11. Do niniejszej oferty załączam wymagane w SWKO dokumenty i oświadczenia, jako załączniki:

1)

2)

3)

4)

5)

.....

data

.....

podpis i pieczęć Oferenta

RADCA PRAWNY

Teresa Kuczerawy
WR 914