

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert DWOMP.II.42.284.2023 składam niniejszą ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza psychiatrę dla pacjentów DWOMP Oddział - Obwód Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym w 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 4 do 20
2. Oferowane dni realizacji zamówienia wg wariantów (badań):

<input type="checkbox"/>	Średnio tygodniowy czas pracy
Wariant I	od 4 h do 20 h

Proszę zaznaczyć oferowane dni zakreślając właściwy kwadrat znakiem: x

1. Oferowana cena jednostkowa z 1 godzinę realizacji zamówienia

..... zł/h netto (słownie:),

..... zł/h 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 / rachunku.

RADCA PRAWNY

Teresa Kuczerawy
WA 814

4. Doświadczenie – liczba lat pracy jako lekarz specjalista psychiatra
5. 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.
6. Oświadczam, że posiadam kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia.
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów.
8. Oświadczam, że jestem zobowiązany ofertą przez okres 30 dni od dnia otwarcia ofert.
9. Oświadczamy, że w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
10. Do niniejszej oferty załączam wymagane w SWKO dokumenty i oświadczenia, jako załączniki:
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)
 - 5)

Wrocław, dnia 08. 2023r.

DYREKTOR
DOLNOŚLĄSKIEGO WOJEWÓDZKIEGO
OŚRODKA MEDYCyny PRACY

dr n. med. *Forystaw Tomczyk*

.....
podpis / pieczęć oferenta

000204848
DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK
MEDYCyny PRACY
50-123 Wrocław, ul. Ołowska 14
tel. sekr. 071/344 13 79, 071/344 93 02
tel./fax sekr. 071/344 93 03
NIP 897 15 89-388

RADCA PRAWNY
Teresa Kuczerawy
WR 814

