

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert DWOMP.II.42.20.2024 składam niniejszą ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa dla pacjentów DWOMP Oddział – Centrum Medyczne Joannitów 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.....

Numer telefonu z nr kierunkowym.....

Adres e-mail.....

1. Oferowana tygodniowo liczba godzin realizacji zamówienia (badań):
2. Oferowana cena jednostkowa za zrealizowaną godzinę zamówienia
..... zł/h netto (słownie:)
..... zł/h brutto (słownie:)
3. 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.
4. Doświadczenie – liczba lat pracy jako psycholog
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 (Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert), dokumenty i oświadczenia, jako załączniki:

1)

2)

3)

4)

5)

.....

data

.....

podpis i pieczęć oferenta