

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

*Załącznik nr2
do Ogłoszenia o konkursie ofert
Postępowanie: nr 17/K/2016*

FORMULARZ OFERTOWY

**w konkursie ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne
w zakresie:**

- całodobowe świadczenia lekarskie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii

w Powiatowym Centrum Medycznym w Grójcu Sp. z o. o.

I. Dane oferenta

1. Pełna nazwa i siedziba oferenta (adres)

.....
.....

2. Imię, nazwisko oferenta

.....

3. Adres do korespondencji

.....

4. Nr telefonu kontaktowego

.....

5. Nr wpisu do właściwego rejestru

.....

6. Organ dokonujący wpisu

.....

7. Nr REGON

8. Nr KRS

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

Załącznik nr2
do Ogłoszenia o konkursie ofert
Postępowanie: nr 17/K/2016

9. Nr NIP

10. Nr Pesel

II. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

.....
.....

III. Dodatkowe uprawnienia osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

.....
.....

IV. Maksymalna liczba godzin w miesiącu, przez którą Oferent może udzielać świadczeń.....

V. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:

- stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

Oferent oświadcza, że:

- 1) stan prawny i faktyczny stwierdzony w ofercie i załączonych do niej dokumentach jest aktualny na dzień składania ofert;
- 2) zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert poprzedzającym zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w PCMG Sp. z o.o.;
- 3) zapoznał się i nie zgłasza zastrzeżeń do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”, którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w PCMG Sp. z o.o.;
- 4) zapoznał się z projektem umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w PCMG Sp. z o.o.;
- 5) nie wnosi zastrzeżeń do jego treści i zobowiązuje się do zawarcia umowy na warunkach opisanych w projekcie;
- 6) zobowiązuje się przed zawarciem umowy do dostarczyć dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą rodzaju i zakresu świadczeń zdrowotnych objętych konkursem w PCMG Sp. z o.o.;
- 7) dokumenty potwierdzające*:

* - niepotrzebne skreślić

1. dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe:
 - a) dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego

.....

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

*Załącznik nr2
do Ogłoszenia o konkursie ofert
Postępowanie: nr 17/K/2016*

b) prawo wykonywania zawodu

c) dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku (specjalności)

inny dokument:

2. dokument potwierdzający posiadanie uprawnień do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi,
3. dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe:
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych / indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej potwierdzające kwalifikacje osób mających wykonywać świadczenia zdrowotne w zakresie zgodnym ze składaną ofertą,
5. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
6. zaświadczenie lekarskie dot. aktualnego stanu zdrowia,
7. polisa OC wystawiona stosownie do obowiązujących przepisów, dołączona do oferty lub dostarczona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
8. zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach związanych ze złożeniem oferty na udzielanie świadczeń,
9. pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze „Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert”, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta.

- są w posiadaniu Działu Kadr i Płac PCMG Sp. z o.o., a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

Grójec, dnia r.

.....
podpis oferenta

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Postępowanie nr: 17/K/2016

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami) w celach związanych ze złożeniem oferty na udzielanie świadczeń.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie przeze mnie danych jest dobrowolne i że przysługuje mi prawo wglądu do moich danych oraz ich poprawiania.

.....
(data i czytelny podpis)