

.....
(nazwa i adres Oferenta)

**Do
Centrum Terapii Nerwic w Mosznej
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
z siedzibą w Mosznej
Moszna ul. Zamkowa 1A, 47-370 Zielina**

OFERTA

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert KO/2/2018, którego przedmiotem jest **wykonywanie świadczeń zdrowotnych polegających na pełnieniu obowiązków lekarza dyżurnego** - oferuję wykonanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wymaganiami określonymi w szczegółowych warunkach konkursu ofert za cenę:

Jedna godzina pełnienia obowiązków lekarza: złotych (słownie:złotych)
w przedziale czasowym od godziny 8:00÷16:00.

Jedna godzina pełnienia obowiązków lekarza: złotych (słownie:złotych)
w przedziale czasowym od godziny 16:00÷8:00.

Oświadczam, że:

1. Uważam się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
2. Zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia, warunki konkursu ofert i projekt umowy,
3. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, wyrażam zgodę na zawarcie umowy na czas określony w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
4. Znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
5. Nie zalegam w płaceniu składek na ubezpieczenie społeczne oraz podatków i innych danin publicznych,
6. 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. wydruk księgi rejestrowej Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą aktualny na dzień złożenia oferty – nie dotyczy osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny niepodlegających wpisowi do przedmiotowego rejestru,
2. kopia ważnej polisy ubezpieczeniowej OC lub oświadczenie, że ubezpieczenie takie zostanie zawarte nie później niż z dniem rozpoczęcia obowiązywania umowy,
3. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe:
 - 3.1. kopia dyplomu lekarza,
 - 3.2. kopia prawa wykonywania zawodu lekarza,
 - 3.3. kopie dyplomów specjalizacji,
 - 3.4. kopie posiadanych certyfikatów umiejętności

Dane kontaktowe Oferenta:

1) nr tel.

2) e-mail

....., dnia

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

