

.....
(nazwa i adres Oferenta)

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

OFERTA

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert, którego przedmiotem jest **wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarskiej opieki medycznej w 2025 roku** oferuję wykonanie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wymaganiami określonymi w szczegółowych warunkach konkursu ofert za cenę:

Jedna godzina pełnienia obowiązków lekarza: złotych

(słownie:złotych)

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, ewentualnie kopia karty szkolenia specjalistycznego,
 - 3.4. kopie posiadanych certyfikatów umiejętności.

Dane kontaktowe Oferenta:

1) nr telefonu:.....

2) e-mail:

....., dnia

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

