

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w PHARMED Spółce z o. o. w Jeleniej Górze przy ul. Zielonej 6/1

Dane o Oferencie:

Nazwa Oferenta:

Dane adresowe

Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej -

Oznaczenie organu dokonującego wpisu – dotyczy osób, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112 poz. 654) w związku z art.146 ust.1, art. 147-150, art. 151 ust.1-5, art.152,153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm).

Zakres oferowanych świadczeń – Oferent przejmuje na siebie obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny rodzinnej dla pacjentów zadeklarowanych do lekarza POZ .

Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia i ze szczegółowymi warunkami konkursu (projektem umowy, regulaminem konkursu) i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

Oświadczam, że uważam się związany(a) ofertą przez okres 30 dni od daty złożenia oferty.

Proponowana cena brutto za 1 godz. udzielania świadczeń w

Płatność za wykonywane usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe (bank i numer konta)

.....
(data i podpis)

Załączniki:

1. Dokumenty wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.
2. Kserokopia prawa wykonywania zawodu i dyplomu specjalizacji.
3. Kserokopia obowiązującej polisy ubezpieczeniowej w zakresie OC/ lub oświadczenie gwarantujące zawarcie takiej polisy po podpisaniu umowy.
4. Kserokopia o nadaniu numeru REGON.
5. Kserokopia o nadaniu numeru NIP.
6. Kserokopia musi być poświadczona za zgodność z oryginałem oraz opatrzona datą

Uwaga: punkty 1,3,5 dotyczą osób prowadzących działalność gospodarczą