

FORMULARZ OFERY

Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania badań rtg przez technika radiologii

1. Oferent

2. Adres oferenta

.....

3. Nr telefonu

.....

4.Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

.....

5.REGON

6. NIP

10.Nazwa banku oraz nr rachunku

.....

11. Nr polisy ubezpieczeniowej

.....

12. Okres obowiązywania polisy

.....

13. Kontakt e-mail.....

**Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania zdjęć
rtg w okresie od 01.01.2017 do 31.12.2017**

Deklaruje gotowość do świadczenia usług na poziomie jak niżej:

**Liczba punktów w podziale na miesiące i kwartały w zakresie wykonywania zdjęć rtg
w dni powszednie w godzinach pracy pracowni rtg 7.00-18.00**

2017							Razem kwartał liczba punktów
I kwartał	Styczeń		Luty		Marzec		
II kwartał	Kwiecień		Maj		Czerwiec		
III kwartał	Lipiec		sierpień		wrzesień		
IV kwartał	Październik		Listopad		Grudzień		

Razem w roku 2017 :punktów

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości :

.....zł brutto za punkt

Liczba punktów w podziale na miesiące i kwartały w zakresie wykonywania zdjęć rtg w dni powszednie w 18.00-22.00 oraz soboty, niedziele i święta w godz.8.00-22.00

2017							Razem kwartał liczba punktów
I kwartał	Styczeń		Luty		Marzec		
II kwartał	Kwiecień		Maj		Czerwiec		
III kwartał	Lipiec		sierpień		wrzesień		
IV kwartał	Październik		Listopad		Grudzień		

Razem w roku 2017 :punktów

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości :

.....zł brutto za punk

Oferuje wykonywanie niniejszych świadczeń w dni i godziny dostępności pracowni dla pacjentów oraz w ramach dyżuru zgodnie z grafikiem pracy.

Oświadczenie.

1) **Oświadczam, że** zapoznałem się z treścią ogłoszenia ,szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń **oraz** z przepisami ustawy z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej /Dz.U 2016 poz.1638. /

2) **Oświadczam, że** (*oferent wpisuje jestem ,nie jestem*)

.....pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu lub zawieszony /a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym .

3) **Oświadczam, że** pracuję w :

1.....
na podstawie umowy o prace,* umowy cywilno -prawnej*; w dniach i godzinach

2.....
na podstawie umowy o prace,* umowy cywilno -prawnej*; w dniach i godzinach

- zaznacz właściwe

Załączniki do oferty:

- Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia wraz z informacją, że nie zgłasza do niego żadnych zastrzeżeń oraz z przepisami ustawy z dnia 15.04.2012 o działalności leczniczej /Dz.U 2016poz.1638/
- Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikację do udzielania świadczeń zdrowotnych, takich jak: dyplom ukończenia uczelni, specjalizacje, prawo wykonywania zawodu oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i uprawnienia.
- polisa ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami lub oświadczenie oferenta o zawarciu takiej polisy z obowiązkiem przedłożenia jej w dniu podpisywania umowy.
- kopia dokumentów potwierdzających nadanie numeru NIP i REGON .
- Kopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku na jakie składana jest oferta.
- kopia aktualnego orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych.
- oświadczenie o niekaralności za przestępstwa i o braku toczących się postępowań karnych przeciwko oferentowi.

Chrzanów ,dnia.....

.....
podpis oferenta