

OFERTA DOTYCZĄCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. DANE OFERENTA

Imię i Nazwisko:

.....

Prowadząca/y działalność gospodarczą pod firmą:

.....

z siedzibą pod adresem:

.....

TELEFON: e-MAIL:

NIP: REGON:

Nazwa organu do Rejestru Podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz NR KSIĘGI REJESTROWEJ:

.....

NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU:

KWALIFIKACJE/SPECJALIZACJA (NAZWA I STOPIEŃ):

.....

Świadczenia zdrowotne będą udzielane przez osobę/osoby/osób posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego, wymienionych w pkt. 4 do oferty wraz z podaniem ich kwalifikacji zawodowych oraz kserokopii dokumentów potwierdzających kwalifikacje

2. ZAKRES ŚWIADCZEŃ WRAZ Z OFERTĄ CENOWĄ

ZGŁASZAM OFERTĘ NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE:

Zaznacz wybór X	Zakres	Deklaracja minimalnego wymiaru świadczenia usług	Oferta cenowa
1	2	3	4
	w zakresie rehabilitacji leczniczej w Gabinetie Rehabilitacji Zabiegowej w Sieniawie w warunkach ambulatoryjnych i domowych	wg harmonogramu: łącznie / tygodniowo % wartości katalogowej pkt rozliczeniowego

3. CZAS TRWANIA UMOWY

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W OKRESIE

OD DO

4. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Informacje uzupełniające, tj. proponowany harmonogram, lista osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej oferty wraz z informacją o ich kwalifikacjach, itp.:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PRZEWORSK DN.

.....
podpis oferenta

Dane osób udzielających świadczenia zdrowotne wskazanych w ofercie niezbędne do realizacji obowiązku wynikającym z art. 21 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, tj. uzyskania przez Udzielającego Zamówienie informacji czy dane osoby dopuszczanej do udzielania świadczenia zdrowotnego pacjentom poniżej 18 r.ż. są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienia o wpisie w Rejestrze:

Nazwisko:

Imię:

Nazwisko rodowe:

PESEL:

Imię ojca:

Imię matki:

Data urodzenia:

Oświadczam, że zamieszkiwałam / nie zamieszkiwałam* w ciągu ostatnich 20 lat w państwie/państwach innych niż Rzeczpospolita Polska.

.....
Podpis osoby wskazanej w ofercie
do udzielania świadczeń zdrowotnych

* *niepotrzebne skreślić* / w przypadku oświadczenia o zamieszkiwaniu w innym państwie należy dołączyć do oferty informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.

OŚWIADCZENIA

Oświadczam ze zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert, w tym wzorem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

.....
podpis oferenta

Oświadczam ze zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych oferentów SP ZOZ w Przeworsku oraz z treścią Klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych osób objętych systemem monitoringu wizyjnego SP ZOZ w Przeworsku.

.....
podpis oferenta

Oświadczam, że zobowiązuję się do utrzymania przez cały czas obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia.

.....
podpis oferenta

ZALĄCZNIKI DO OFERTY*:

1. Wydruk księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą
2. Wydruk z KRS lub CEIDG

Kserokopie

1. prawa wykonywania zawodu
2. dyplomów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe
3. dokumentu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej
4. dokumenty potwierdzających dodatkowe uprawnienia.....
5. Zaświadczenie lekarskie z medycyny pracy potwierdzające zdolność do udzielania świadczeń zdrowotnych
6. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego oraz w ustawie z 29-07-2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.