

20 Wojskowy Szpital
Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny SP
ZOZ w Krynicy-Zdroju
ul. Świdzińskiego 4
33 - 380 Krynica-Zdrój

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej (organ dokonujący wpisu) :

NIP nie dotyczy REGON

Adres do korespondencji:

Telefon

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej oraz rehabilitacji leczniczej dla osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń w 20 Wojskowym Szpitalu Uzdrowisko-Rehabilitacyjnym SP ZOZ w Krynicy-Zdroju.

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie 20 WSzR-U SP ZOZ w Krynicy-Zdroju, w miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego Zamówienia.
3. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia:
.....zł. brutto za pacjenta, za każdy osobodzień trwania turnusu rehabilitacyjnego ;
.....zł. brutto za pacjenta, za każdy osobodzień trwania turnusu sanatoryjnego;
.....zł. brutto za pacjenta, za każdy osobodzień trwania turnusu profilaktyczno-leczniczego/pełnopłatnego;
.....zł. brutto za godzinę dyżuru pod telefonem
.....zł. brutto za posiedzenie właściwego Zespołu.
4. Umowa zawarta będzie na okres roku od dnia podpisania.

Oświadczenia dotyczące postanowień SWKO:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO), akceptuję je i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z przepisami Ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2020, poz. 295 z późn. zm.).
3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
4. Zobowiązuję się do osobistego udzielania powyżej zadeklarowanych świadczeń zdrowotnych.
5. Zapoznałem się z treścią załącznika nr 1 (projekt umowy), nie wnoszę do niego żadnych uwag i w pełni go akceptuję - co potwierdzam pisemnie i załączam dokument do swojej oferty.
6. Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej wynikającej z obowiązujących przepisów.
7. Uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert
8. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam wymagane dokumenty i kserokopie dokumentów:

ZAŁĄCZNIKI:

1.
2.
3.
4.
5.

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

*-niepotrzebne skreślić