

FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na stanowisko Kierownika Pabianickiego Centrum Psychiatrycznego Pabianickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. oraz na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu usług lekarskich na rzecz pacjentów Pabianickiego Centrum Psychiatrycznego

Pabianickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Pełna nazwa oferenta:

.....
.....

Adres oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

PESEL

Numer telefonu

Adres e-mail

Numer fax

Numer NIP

Numer REGON

Numer rejestru podmiotu leczniczego

Numer KRS

1. Niniejszym zgłaszam gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert z dnia 04.09.2023 r.
2. Niniejszym oświadczam, że:
 - 1) Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO) w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
 - 2) spełniam niezbędne warunki w zakresie kwalifikacji personelu,
 - 3) czuję się związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
 - 4) zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2/2a do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,

- 5) zobowiązuję się do wypełniania swoich obowiązków, zgodnie ze sposobem organizacji oraz harmonogramem czasu pracy uzgodnionym z Udzielającym zamówienia,
- 6) zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
- 7) zobowiązuję się do żądania zapłaty za wykonane usługi w terminie 30 dni licząc od daty dostarczenia do siedziby Udzielającego zamówienia, prawidłowo wystawionej faktury.
- 8) nie zostałam/łem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne.

9) **posiadam- letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń w zakresie przedmiotowego konkursu,**

10) posiadam kwalifikacje:

Nr prawa wykonywania zawodu:

Wykształcenie:

Specjalizacje:

Inne:

3. Proponuję następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

- złotych brutto **dotatku funkcyjnego za świadczenie usług Kierownika Pabianickiego Centrum Psychiatrycznego.** Kwota ustalonego dodatku stanowi wynagrodzenie za **150 godzin w miesiącu** realizacji niniejszej umowy przez Zleceniobiorcę.
- złotych brutto za każdą zakończoną godzinę świadczenia usług **w godzinach 8.00 – 15.35 w dni powszednie w Oddziałach Szpitalnych Pabianickiego Centrum Psychiatrycznego**
- złotych brutto za każdą zakończoną godzinę świadczenia usług **w godzinach 15.35 – 8.00 w dni powszednie oraz w godzinach od 8.00 – 8.00 w dni świąteczne w Oddziałach Szpitalnych Pabianickiego Centrum Psychiatrycznego**
- % brutto stawki za punkt przyznany przez NFZ za udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Poradniach Pabianickiego Centrum Psychiatrycznego.**

.....
Data i Podpis Oferenta