



OFERTA

Składam ofertę na konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych – świadczenia dopołudniowe, w zakresie opieki lekarskiej nad pacjentami **ODDZIAŁU CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ** w Zespole Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Szymanowskiego 11.

I DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko
PESEL:
Adres zamieszkania
Tel.:
NIP
REGON
Specjalizacja, tytuł naukowy
Nr prawa wykonywania zawodu
Nr dokumentu specjalizacji:
Adres indywidualnej praktyki lekarskiej:

II OKREŚLENIE WARUNKÓW LOKALOWYCH, WYPOSAŻENIA W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY ORAZ ŚRODKI TRANSPORTU I ŁĄCZNOŚCI:

1. Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą na bazie sprzętu i pomieszczeń **Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

III PROPONOWANA STAWKA NALEŻNOŚCI ORAZ TYGODNIOWA LICZBA GODZIN ZA UDZIELANE ŚWIADCZENIA:

	<i>STAWKA</i>	<i>ILOŚĆ GODZ</i>
⇒	 zł/h	/tyg.

IV ZAŁĄCZNIKI:

1. Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
2. Kopia nadania numeru NIP
3. Kopia nadania numeru REGON
4. Kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
5. Kopia dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza oraz posiadanej specjalizacji
6.

V OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM/ZAPOZNAŁAM SIĘ Z TREŚCIĄ OGŁOSZENIA O WSZCZĘCIU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO I Z TREŚCIĄ SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW KONKURSU.

.....
data

.....
podpis oferenta





OFERTA

Składam ofertę na konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych – dyżury lekarskie, w zakresie opieki lekarskiej nad pacjentami **ODDZIAŁU CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ** w Zespole Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Szymanowskiego 11.

I DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko

PESEL:

Adres zamieszkania

Tel.:

NIP

REGON

Specjalizacja, tytuł naukowy

Nr prawa wykonywania zawodu

Nr dokumentu specjalizacji:

Adres indywidualnej praktyki lekarskiej:

II OKREŚLENIE WARUNKÓW LOKALOWYCH, WYPOSAŻENIA W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY ORAZ ŚRODKI TRANSPORTU I ŁĄCZNOŚCI:

- Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą na bazie sprzętu i pomieszczeń **Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

III PROPONOWANA STAWKA NALEŻNOŚCI ORAZ TYGODNIOWA LICZBA GODZIN ZA UDZIELANE ŚWIADCZENIA:

	<i>STAWKA</i>
⇒ Dni powszednie	 zł/h
⇒ Dni świąteczne i wolne od pracy	 zł/h

IV ZAŁĄCZNIKI:

- Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
- Kopia nadania numeru NIP
- Kopia nadania numeru REGON
- Kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
- Kopia dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza oraz posiadanej specjalizacji
-

V OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM/ZAPOZNAŁAM SIĘ Z TREŚCIĄ OGŁOSZENIA O WSZCZĘCIU POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO I Z TREŚCIĄ SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW KONKURSU.

.....
data

.....
podpis oferenta

