



OFERTA

- I** Składam ofertę na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w:
Oddziale.....
w Zespole Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Szymanowskiego 11.
- II DANE OFERENTA:**
- Imię i nazwisko
- PESEL:
- Adres zamieszkania
-
- Nr tel.:
- Adres e-mail:
- NIP
- REGON
- Specjalizacja, tytuł naukowy
- Nr prawa wykonywania zawodu
- Nr dokumentu specjalizacji:
- Adres prowadzenia działalności gospodarczej:
-
- III 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**
- IV PROPONOWANA STAWKA ZA UDZIELANE LEKARSKICH ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH:**
- ⇒ świadczenia dopołudniowe/ dyżur medyczny*
- STAWKA
-zł/h
- (słownie: złotych brutto za jedną godzinę)

*wybrać właściwe





V ZAŁĄCZNIKI:

1. Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
2. Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.*
3. Wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego.*
4. Kserokopia umowy spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej).
5. Kserokopia dyplomu lekarza.
6. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
7. Kserokopia dyplomu specjalizacji/kserokopia 1 i 2 strony książeczki specjalizacyjnej.*
8. Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje i doświadczenie
9. Inne (wpisać jakie).....

* niepotrzebne skreślić

VI OŚWIADCZENIA:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennność cen.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi lat (dla indywidualnych praktyk lekarskich).
3. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
5. Oświadczam, że jestem związany ofertą przez okres 30 dni od dnia złożenia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

VII INNE:

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym w trakcie trwania umowy przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do uczestnictwa w konkursie ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne.
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

.....
Data

.....
Podpis oferenta

