



OFERTA

I Składam ofertę na konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej nad pacjentami w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Zespole Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Szymanowskiego 11.

II DANE OFERENTA:

Imię i nazwisko

PESEL:

Adres zamieszkania

.....

Nr tel.:.....

Adres e-mail:.....

Specjalizacja, tytuł naukowy

Nr prawa wykonywania zawodu

Nr dokumentu specjalizacji:

III 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 Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

IV PROPONOWANA STAWKA NALEŻNOŚCI ZA UDZIELANE ŚWIADCZENIA:

STAWKA

⇒ Dni powszednie/ świąteczne/i wolne od pracy.....zł/h

(słownie: złotych brutto za jedną godzinę)

V ZAŁĄCZNIKI:

1. Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
2. Kserokopia dyplomu lekarza.
3. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
4. Kserokopia dyplomu specjalizacji/kserokopia 1 i 2 strony książeczki specjalizacyjnej.*
5. Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje i doświadczenie
6. Inne (wpisać jakie).....

* niepotrzebne skreślić





VI OŚWIADCZENIA:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc 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 oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
5. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
6. Oświadczam, że jestem związany ofertą przez okres 30 dni.
7. 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 przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
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

