



Zespół Opieki Zdrowotnej
w Ostrowcu Św.

Załącznik Nr 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu,
postępowanie konkursowe nr 22/04/2020/ZOZ/BK

OFFERTA

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:
NIP
REGION
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:

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/święteczne/wolne od pracy.....zł/h
(słownie: złotych brutto za jedną godzinę)



ul. Szymanowskiego 11, 27-400 Ostrowiec Św.
NIP: 661-19-59-864, REGON: 000311473, Tel.: 41 247 80 00, Fax: 41 247 80 50
www.zoz.ostrowiec.pl, e-mail: info@zoz.ostrowiec.pl



Data

Podpis oferenta

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.

VII INNE:

1. W okresie trwania umowy zapewnięm niezmienną 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.
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.

VI OŚWIADCZENIA:

* niepotrzebne skreślić

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).....

V ZALĄCZNIKI:

