



OFERTA

I Składam ofertę na konkurs ofert na udzielanie anestezjologicznych świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Wielospecjalistycznego Szpitala 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 Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

IV PROPONOWANA STAWKA NALEŻNOŚCI ZA UDZIELANE ŚWIADCZENIA:
STAWKA

-zł., brutto za godzinę, oraz
-zł., brutto z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w postaci znieczuleń do zabiegów otolaryngologicznych uszu z grupy C31 – pod warunkiem wykonywania tego zabiegu w sobotę (za zabieg),
-zł., z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w postaci znieczuleń do zabiegów otolaryngologicznych dzieci z grupy C12 (za zabieg),
-zł., tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w postaci znieczuleń do zabiegów ortopedycznych endoprotezoplastyki oraz zabiegów rekonstrukcyjnych dużych stawów w soboty, we wtorki od godz. 15:00, czwartki od godz. 15:00 oraz piątki od godz. 13:00 (za zabieg),
-zł tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w postaci znieczuleń do operacji na kręgosłupach w soboty (za operację),





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 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/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.

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 i kontynuacji w okresie związania umowa z Udzielającym Zamówienia 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.

RADCA PRAWNY
Dorota Kośla
KL-K-573

.....
Data

.....
Podpis oferenta

