

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....
Rodzaj rejestru, NIP, REGON

Formularz Ofertowy
na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych
w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii / Bloku Operacyjnym
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na:
udzielanie lekarskich świadczeń w godzinach podstawowej ordynacji w zakresie wykonywania
znieczuleń anestezjologicznych w obrębie Bloku Operacyjnego zleconych przez Kierownika
Bloku Operacyjnego

przez lekarza (wymienić rodzaj posiadanej specjalizacji):

.....
Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z treścią ogłoszenia o Konkursie Ofert, Regulaminem
przeprowadzania Konkursu Ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

Do oferty dołączam uwierzytelnione kserokopie:

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS.
2. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
3. Zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP.
4. Dyplom ukończenia wyższych studiów medycznych.
5. Prawo wykonywania zawodu lekarza.
6. Dyplom specjalizacyjny potwierdzający posiadanie specjalizacji.
7. Zezwolenie z Izb Lekarskich na prowadzenie praktyki lekarskiej.
8. Polisa OC.
9. Orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza.
10. Oświadczenie Oferenta o zachowanej ciągłości pracy w udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych.
11. Wypełniony formularz ofertowy.
12. Wypełnione oświadczenie Oferenta.
13. W przypadku, gdy do Konkursu przystępuje podmiot leczniczy: dokumenty wymienione w punktach od 1,2,3,8,11,12 oraz listy lekarzy wraz z oświadczeniem, że na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu podmiot będzie miał zawarte umowy z lekarzami wykazanymi w ofercie, oświadczenie, że podmiot posiada wymagane dokumenty dotyczące uprawnień wykazanych lekarzy tj. numer prawa wykonywania zawodu, dokumenty dotyczące posiadanych specjalizacji, dokumenty dotyczące badań lekarskich uprawniających do wykonywania zawodu, dokumenty dotyczące ubezpieczenia oraz oświadczeniem, że lekarze wykazani w ofercie posiadają ciągłość w udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych.

Za realizację zamówienia oczekuje wynagrodzenia w kwocie:

..... **zł brutto** za jedno wykonane znieczulenie do zabiegów w obrębie Bloku Operacyjnego zlecone przez Kierownika Bloku Operacyjnego i ilości do znieczuleń na m-c.

Zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w okresie od do

Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Konkursu w dniach i godzinach uzgodnionych w drodze porozumienia Stron z Udzielającym Zamówienia.

.....
miejsowość i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej

**niepotrzebne skreślić*