

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

.....
/Imię i nazwisko składającego ofertę/

.....
/PESEL/

.....
/adres zamieszkania/

.....
/kwalifikacje zawodowe/

.....
/numer wpisu do rejestru indywidualnych (indywidualnych specjalistycznych) praktyk lekarskich – nazwa organu dokonującego wpisu

.....
/pełna nazwa prowadzonej działalności/

.....
/adres prowadzonej działalności/

.....
/REGON/

.....
/NIP/

Do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siedlcach

W związku z ogłoszeniem przez SPZOK w Siedlcach konkursu ofert -
niniejszym składam ofertę **na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń
specjalistycznych w zakresie:**

.....
w miejscu udzielania świadczeń:

I. Proponuję następujące warunki udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Zawarcie umowy na okres od do
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych wg następującego harmonogramu:
poniedziałek od godz. do godz.,
wtorek od godz. do godz.,
środa od godz. do godz.,
czwartek od godz. do godz.,
piątek od godz. do godz.,
sobota od godz. do godz.
3. Ilość jednostek rozliczeniowych do realizacji:
punktów/godzin* w miesiącu.
4. Proponowana kwota odpłatności za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

**kwotazł brutto za 1 jednostkę rozliczeniową
(punkt/godzina*).**

II. Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert
oraz materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu,
a w szczególności ze szczegółowymi warunkami przeprowadzenia
konkursu.
2. Zapoznałam/łem się z warunkami projektu umowy na udzielanie
świadczeń objętych konkursem ofert i nie wnoszę uwag/wnoszę*

następujące uwagi

3. Posiadam odpowiednie kwalifikacje, wiedzę i doświadczenie niezbędne do realizacji oferowanych świadczeń.
4. Nie została rozwiązana (z winy oferenta) umowa na realizację świadczeń z zakresu objętego konkursem.
5. Posiadam aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych.
6. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach najpóźniej w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia, następujących dokumentów:
 - 1) **umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej** zawartej zgodnie z przepisami, określonymi przez ministra właściwego do spraw instytucji finansowych,
 - 2) **aktualnego zaświadczenia lekarskiego z przeprowadzonych badań profilaktycznych**, stwierdzającego brak przeciwwskazań do wykonywania zadań objętych postępowaniem konkursowym,
 - 3) **zaświadczenia o odbyciu szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny** pracy co najmniej z zakresu podstawowego, okresowego lub szkolenia dla pracodawców,

III. Inne informacje, które oferent chce przekazać Udzielającemu zamówienia w związku ze składaniem niniejszej oferty:

IV. Do oferty załączam dokumenty tj:

1. Kopia **dyplomu** ukończenia Akademii Medycznej/Uniwersytetu Medycznego*
2. Kopia **prawa wykonywania zawodu***
3. Inne dokumenty potwierdzające posiadane **kwalifikacje**

.....
/podać jakie/

4. Kopia **wpisu do indywidualnych (indywidualnych specjalistycznych) praktyk lekarskich***
5. Kopia **zaświadczenia o wpisie do ewidencji gospodarczej***
6. Kopia zaświadczenia o nadaniu numeru identyfikacyjnego **REGON***
7. Kopia zaświadczenia o nadaniu numeru identyfikacji podatkowej **NIP***

Oświadczam, że nie załączam dokumentu wymienionego w pkt.:
ponieważ są w posiadaniu SPZOZ-u w Siedlcach.

Dodatkowo zobowiązuje się:

- przedłożyć do wglądu w Dziale Kadr i Płac oryginały dokumentów wymienionych w dziale IV w celu potwierdzenia ich zgodności,
- niezwłocznie dostarczyć zaktualizowane dokumenty wymienione w dziale IV w przypadku ich zmiany lub przedłużenia terminów ważności.

V. Dodatkowo oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych w celu wyłonienia oferenta do oferowanych świadczeń objętych konkursem.

.....
podpis i pieczęć OFERENTA

*niepotrzebne skreślić