

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 wykonywanie w SPZOK w Siedlcach badań diagnostycznych obrazowych w trybie stacjonarnym w zakresie:

Ultrasonografia:

- a) jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej,
- b) węzłów chłonnych, zmian zlokalizowanych w tkankach powierzchownych,
- c) tarczycy i przytarczyc,
- d) piersi,
- e) moszny

I. Proponuję następujące warunki udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Zawarcie umowy na okres od do
2. Proponowana kwota odpłatności za udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom uprawnionym do ich uzyskania:
wynosi zł brutto za 1 jednostkę rozliczeniową (badanie).

I. 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. Posiadam aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych.
5. 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:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEDLCACH

FORMULARZ OFERTOWY - załącznik do szczegółowych warunków konkursu na wykonywanie diagnostycznych badań obrazowych w zakresie: ultrasonografii.

- 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.

V. 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.

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

*niepotrzebne skreślić

.....
podpis i pieczęćka OFERENTA