

FORMULARZ OFERTOWY

Udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy cywilnoprawnej w Szpitalu Powiatowym w Złotowie

.....
komórka organizacyjna

DANE OFERENTA

Imię i nazwisko	
Pełna nazwa i adres praktyki lekarskiej/podmiotu leczniczego/działalności gospodarczej NIP	
REGON	
Telefon do kontaktu	
Nazwa Banku i Numer Konta:	

Kwalifikacje*

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> lekarz specjalista lub z II °specjalizacji | <input type="checkbox"/> lekarz systemu | |
| <input type="checkbox"/> lekarz z I° specjalizacji | <input type="checkbox"/> lekarz bez specjalizacji | |
| <input type="checkbox"/> lekarz z otwartą specjalizacją | rok szkolenia | |
| <input type="checkbox"/> ratownik medyczny - kierowca | <input type="checkbox"/> ratownik medyczny | |
| <input type="checkbox"/> diagnosta laboratoryjny | <input type="checkbox"/> technik analityki medycznej | <input type="checkbox"/> technik elektroradiologii |
| <input type="checkbox"/> pielęgniarka/położna bez specjalizacji | <input type="checkbox"/> pielęgniarka/położna specjalistka | |
| <input type="checkbox"/> instruktor terapii uzależnień | <input type="checkbox"/> specjalista psychoterapii uzależnień | <input type="checkbox"/> psycholog |
| <input type="checkbox"/> farmaceuta | <input type="checkbox"/> fizjoterapeuta | <input type="checkbox"/> pracownik gospodarczy |
| inne..... | | |

Propozycja kwot/-y należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych –pielęgniarskich i/lub położniczych w poradniach specjalistycznych

.....zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń

Załączniki:

- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG)
- zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk OIL/OIPIP/KIF lub wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL)
- zaświadczenie o numerze NIP
- zaświadczenie o numerze REGON
- dyplom ukończenia studiów lub dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego
- prawo wykonywania zawodu
- dyplom specjalisty lub dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji
- inne potwierdzające kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń.
- polisa OC lub zobowiązanie do jej zawarcia
- orzeczenie lekarskie lub zobowiązanie do dostarczenia
- kserokopie aktualnej książeczki doskonalenia zawodowego ratownika medycznego
- wykaz osób udzielających świadczeń oraz ich kwalifikacje
- oświadczenie, że w posiadaniu Udzielającego zamówienia znajduje się komplet aktualnych dokumentów wymaganych do złożenia oferty
- inne

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy, które akceptuję i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby konkursu i realizacji umowy.

Złotów,

.....
podpis oferenta

* proszę udzielić odpowiedzi wstawiając znak X