Załącznik nr 1 do SWKO

Szpital Powiatowy im. A. Sokołowskiego w Złotowie
ul. Szpitalna 28
77-400 Złotów

FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT nr 6/2021

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

.....
(komórka organizacyjna)

D A N E O F E R E N T A	
Imię i nazwisko	
Pełna nazwa i adres praktyki lekarskiej/podmiotu leczniczego **NIP** **REGON**	
Telefon do kontaktu	
Nazwa Banku i Numer Konta:	

Kwalifikacje*

[ ] tytuł specjalisty lub specjalizacja II ° w dziedzinie ……

[ ] specjalizacja I stopnia lub otwarta specjalizacja w dziedzinie ……..

[ ] inne: ……

…….

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

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz kierowanie/koordynowanie pracy oddziału, -ów /zakładu ……..……

…..……. zł brutto miesięcznie (słownie: ……..……...)

Załączniki*:

[ ] zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG)

[ ] zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk OIL lub wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL)

[ ] zaświadczenie o numerze NIP

[ ] zaświadczenie o numerze REGON

[ ] dyplom ukończenia studiów

[ ] prawo wykonywania zawodu

[ ] dyplom specjalisty lub dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji

[ ] inne potwierdzające tytuły naukowe i/lub kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń.

[ ] polisa OC lub zobowiązanie do jej zawarcia

[ ] zaświadczenie lekarskie lub zobowiązanie do dostarczenia

[ ] opis przebiegu pracy zawodowej

[ ] koncepcja pracy komórki organizacyjnej

[ ] wykaz osób udzielających świadczeń oraz ich kwalifikacje (tylko GPL i PL)

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 zawartych w ofercie dla potrzeb realizacji postępowania konkursowego. Oświadczam, że wobec mnie nie jest prowadzone postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej.

Złotów, ……. …….

podpis oferenta

* proszę zaznaczyć wstawiając znak X