

FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 02/2023

Udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej w Szpitalu Powiatowym w Złotowie

(komórka organizacyjna)

DANE OFERENTA

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

Kwalifikacje*

- lekarz specjalista lub z II °specjalizacji lekarz systemu
 lekarz z I° specjalizacji lekarz bez specjalizacji
 lekarz z otwartą specjalizacją rok szkolenia
- pielęgniarka/położna bez specjalizacji pielęgniarka/położna specjalistka
- psycholog bez specjalizacji psycholog ze specjalizacją
- ratownik medyczny- kierowca ratownik medyczny
- specjalista terapii uzależnień inne.....

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

1) Udzielanie świadczeń zdrowotnych –**pełnienie dyżurów lekarskich** w:

.....zł (słownie) za dyżur zwykły zł (słownie) za dyżur „święteczny”

Deklarowana minimalna liczba dyżurów w miesiącu: *zwykłe* *święteczne*

Załączniki*:

- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG)
 zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk zawodowych lub wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL)
 zaświadczenie o numerze NIP
 zaświadczenie o numerze REGON
 dyplom ukończenia studiów
 dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego
 prawo wykonywania zawodu
 dyplom specjalizacji i/lub karta szkolenia specjalizacyjnego
 inne, potwierdzające kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń, np. potwierdzające status lekarza systemu, certyfikaty kursów itp.
 polisa OC lub zobowiązanie do jej zawarcia
 zaświadczenie lekarskie lub zobowiązanie do dostarczenia
 orzeczenie lekarskie lub zobowiązanie do dostarczenia
 prawo jazdy kategorii C lub B
 orzeczenie psychologiczne pozwalające na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi
 zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym
 książeczka doskonalenia zawodowego ratownika medycznego
 oświadczenie, że w posiadaniu Udzielającego zamówienia znajduje się już komplet aktualnych dokumentów wymaganych do złożenia oferty

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem 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,
data

.....
podpis Oferenta

* proszę udzielić odpowiedzi wstawiając znak X