Załącznik nr 1 do SWKO
Szpital Powiatowy im. A. Sokołowskiego w Złotowie
ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów

FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 04/2023

Udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług 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 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 **lekarskich (godziny ordynackie)** w oddziale**:** ……

……..……zł (słownie:…….....) brutto za 1 miesiąc udzielania świadczeń.

2) Udzielanie świadczeń zdrowotnych –**pełnienie dyżurów lekarskich** w**:** ……..…….

……zł (słownie …….……) za dyżur zwykły ……..… zł (słownie …….) za dyżur „świąteczny”

Deklarowana minimalna liczba dyżurów w miesiącu: zwykłe …….. świąteczne …….

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