

.....  
(miejsowość, data)

Pieczęć Oferenta:

Szpital Wojewódzki im. Prymasa  
Kardynała Stefana Wyszyńskiego  
w Sieradzu  
ul. Armii Krajowej 7  
98-200 Sieradz

O F E R T A

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**przez lekarza w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Anestezjologii  
i Intensywnej Terapii**

- 1) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą  
.....  
.....
  - 2) Imię.....
  - 3) Nazwisko.....
  - 4) PESEL.....
  - 5) Nr prawa wykonywania zawodu.....
  - 6) NIP.....REGON.....
  - 7) Adres zamieszkania .....  
.....
- Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....  
.....
- 8) Tel. Kontaktowy .....

## II. Kwalifikacje zawodowe Oferenta:

- a) Specjalista lub specjalizacja II stopnia z anestezjologii i intensywnej terapii
- b) Specjalizacja I stopnia z anestezjologii i intensywnej terapii
- c) Odbywanie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii

## III. Doświadczenie w pracy/udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym procedurą konkursową, w zakresie:

- a) 1-5 lat
- b) 6-15 lat
- c) powyżej 15 la t

## IV. Proponowana stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

- ✓ w podstawowej ordynacji lekarskiej – w dni robocze oraz w ordynacji dyżurowej – w dni robocze, w dni wolne od pracy i święta - za cenę brutto.....zł za 1/h

## V. Proponowana liczba godzin udzielania świadczeń miesięcznie na rzecz Udzielającego zamówienie

- a) 24-72
- b) 73-160
- c) powyżej 161

## VI. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na okres ..... miesięcy.

## VII. Oświadczenie Oferenta:

Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO, kryteriami oceny ofert, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

.....

(data złożenia oświadczenia)

.....

(pieczęć i czytelny podpis oferenta)

**załączniki:**

1. kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, \* \*/\*
2. wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej lub aktualne zaświadczenie o wpisie do KRS \*\*\*/\*\*/\*
3. kopie dokumentów (dyplom ukończenia Uniwersytetu/Akademii Medycznej, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadanych specjalizacji)\* \* lub przedłożenie wykazu osób uczestniczących przy realizacji zamówienia z podaniem kwalifikacji,\*
4. kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy \* \* \*/\*\*/\*
5. kopia certyfikatu jakości ISO 9001 \*
6. zaświadczenia z przeszkolenia w zakresie bhp i p.poż \*\*/\*\*\*\*
7. kopia akredytacji \*
8. kopia skierowania na badania lekarskie (wstępne okresowe kontrolne) oraz aktualnego zaświadczenia od lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań do udzielania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych oraz aktualnego zaświadczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych lub złożenie oświadczenia o przedłożeniu zaświadczeń do dnia rozpoczęcia działalności\* \*/\*\*\*\*
9. Oświadczenia \* \* \*/\*\*/\*
10. Pełnomocnictwo do podpisania i złożenia oferty wraz z wszystkimi załącznikami\*

\* \* \* Dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą

\* \* Dotyczy indywidualnych/ indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich

\* Dotyczy podmiotów leczniczych.