

.....  
(miejscowość, 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

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie chirurgii urazowo – ortopedycznej :**

w Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej

w Poradni Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej

#### I. Dane Oferenta:

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 w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu
- b) Specjalizacja I stopnia w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu
- c) Odbywanie specjalizacji w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu

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

### Oddział:

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

### Poradnia:

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

## IV. Oferta cenowa na wykonywanie usług

### a) świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

- ✓ 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

### b) świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

za cenę brutto .....zł za punkt

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

### Oddział:

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

### Poradnia:

- a) 0-24
- b) 25-80
- c) powyżej 81

## 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)

.....  
(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