

.....
(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 Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym

- 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
- b) Specjalizacja I stopnia
- c) posiadanie Prawa Wykonywania Zawodu/Odbywanie specjalizacji

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 lat

IV. Proponowana stawka za jedną godzinę/punkt 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.poz **/***
 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.