

Konin, dnia

Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie
ul. Szpitalna 45
62-504 Konin

OFERTA

o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii i traumatologii dziecięcej w Oddziale Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego – SP ZOZ w Koninie.

1. Imię i nazwisko, miejsce zamieszkania

.....
.....

2. Nazwa firmy, Oferenta, adres

.....
.....

3. Nr telefonu, adres e-mail

4. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

5. Organ dokonujący wpisu

6. Numer Regon

7. Numer NIP

8. Kwalifikacje, specjalizacja.....

8. Numer prawa wykonywania zawodu

9. Doświadczenie zawodowe - staż pracy.....

10. Proponowana cena za 1 godzinę udzielania świadczeń

11. Oświadczam, że na dzień składania oferty wykonuję świadczenia lekarskie w zakresie objętym konkursem na rzecz pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie
TAK/NIE (niepotrzebne skreślić)

12. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu

.....

.....
(podpis)

Załączniki:

- 1/ kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – zał. nr 1,
- 2/ kopia wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej – zał. nr 2,
- 3/ kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanej specjalizacji, dyplomy, certyfikaty – zał. nr 3a, 3b, itd.,
- 4/ kopia Polisy OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy – zał. nr 4,
- 5/ aktualne zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji przedmiotu umowy lub oświadczenie o przedłożeniu takiego zaświadczenia – zał. nr 5,
- 6/ przebieg dotychczasowej pracy zawodowej lub życiorys – zał. nr 6,
- 7/ zaświadczenie o szkoleniu bhp lub oświadczenie oferenta - zał. nr 7.

W przypadku gdy oferent nie przedstawi wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, iż zapoznałem się z dokumentacją konkursową tj.:
 - treścią ogłoszenia,
 - materiałami informacyjnymi,
 - regulaminem konkursu,
 - projektem umowyi nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

2. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

3. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będę wykonywać w siedzibie Udzielającego Zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia.

4. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej i zobowiązuję się do jej przedłożenia w związku z udzielaniem świadczeń medycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy. (nie dotyczy w przypadku przedłożenia kopii aktualnej polisy jako załącznik do oferty).

5. Oświadczam, że zobowiązuję się do przedłożenia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do realizacji przedmiotu umowy w zakresie objętym konkursem najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy (nie dotyczy w przypadku przedłożenia kopii aktualnego zaświadczenia jako załącznika do oferty)

6. Wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych osobowych do bazy danych Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Koninie i przetwarzanie ich dla potrzeb własnych podmiotu, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883).

.....
Podpis oferenta