

.....  
(pieczęć firmowa oferenta)

**Formularz ofertowy  
na udzielanie świadczeń lekarskich  
w Oddziale Wewnętrznym w SP ZOZ w Siemiatyczach**

Nazwa i siedziba Oferenta	
Imię i nazwisko	
Nr telefonu komórkowego	
Adres korespondencyjny	
NIP	
REGON	

1. Posiadane przez Oferenta kwalifikacje i staż pracy:

- wykształcenie wyższe medyczne\*,  
 specjalizacja w dziedzinie .....  
(wskazać stopień i dziedzinę specjalizacji)\*,  
 kursy kwalifikacyjne.....  
 staż pracy .....  
(wskazać okres pracy i jednostkę medyczną oraz jej profil)\*\*

\* warunek konieczny - właściwe zaznaczyć

2. Proponowana kwota za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach **ordynacji dziennej** w Oddziale Wewnętrznym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach:\*

- ..... za godzinę realizacji świadczeń zdrowotnych.

3. Proponowana kwota za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach **dyżurów medycznych** w Oddziale Wewnętrznym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach

- ..... za godzinę realizacji świadczeń zdrowotnych.

4. Proponowana ilość godzin realizacji świadczeń w Oddziale Wewnętrznym w ramach dyżurów medycznych ..... godzin miesięcznie.

5. Oświadczam, że:

- a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz z treścią wzoru Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę zastrzeżeń,
- b) posiadam uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do realizacji przedmiotu zamówienia,
- c) w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia Umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
- d) uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert,
- e) w przypadku realizacji świadczeń przy użyciu aparatów i urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne zobowiązuję się dostarczyć w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach w terminie do 14 dni od daty jej zawarcia kopię aktualnego zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji świadczeń w powyższym zakresie.

6. Do oferty załączam następujące dokumenty:

- a) kopię dyplomu ukończenia Akademii Medycznej / Uniwersytetu Medycznego,
- b) kopię prawa wykonywania zawodu,
- c) kopię dyplomu specjalizacji w dziedzinie .....,
- d) kopię dyplomu specjalizacji w dziedzinie .....,
- e) inne dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje lub doświadczenie zawodowe:  
.....  
.....  
.....
- f) kopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- g) kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji świadczeń w zakresie objętym przedmiotem konkursu.
- h) kopię aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku lub przy udzielaniu lub zaniechaniu udzielania świadczeń zdrowotnych,

7. Jednocześnie zobowiązuję się:

- a) przedłożyć Udzielającemu Zamówienie do wglądu oryginały dokumentów wymienionych w pkt. 9 formularza ofertowego, w celu potwierdzenia ich zgodności z przedłożonymi kopiami,
- b) niezwłocznie dostarczyć Udzielającemu Zamówienie kopię w/w dokumentów w przypadku ich zmiany.

.....  
/miejsowość i data /

.....  
/ Pieczętka i podpis Oferenta/

