SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Siemiatyczach
17-300 Siemiatycze, ul. Szpitalna 8
tel./fax 85 655 28 25, tel. 85 655 23 85
REG. 050653482, NIP 544-12-95-180

.....
(pieczęć firmowa oferenta)

Załącznik nr 1b
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

Formularz ofertowy na udzielanie świadczeń lekarskich w Poradni Położniczo - Ginekologicznej ~~w Drohiczynie~~ Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

STARSZY REFERENT
Biuro Personalne
mgr Alicja Palita

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 Poradni Położniczo-Ginekologicznej w Drohiczynie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej** Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach:
   - .....**brutto** za punkt realizacji świadczeń w Poradni Ginekologicznej
   - .....**brutto** w ramach realizacji świadczeń medycznych i tytułem wyrównania uciążliwości związanych z pracą w miejscu odległym od miejsca zamieszkania.
3. Proponowana ilość godzin realizacji świadczeń zdrowotnych **w Poradni Położniczo-Ginekologicznej w Drohiczynie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej** medycznych wynosi nie mniej niż..... godzin w tygodniu.

4. 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.
5. 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) inne dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje lub doświadczenie zawodowe:
      .....
      .....
   e) kopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
   f) kopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji świadczeń w zakresie objętym przedmiotem konkursu.
   g) kopię aktualnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku lub przy udzielaniu lub zaniechaniu udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. 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.

..... /miejscowość i data /

..... / Pieczątka i podpis Oferenta/