

**Formularz ofertowy na udzielanie świadczeń lekarskich
w Poradni Chirurgii Ogólnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej**

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

Okres umowy:

2. Proponowana kwota za udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Poradni Chirurgii Ogólnej** Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach:

-**(brutto) za punkt** realizacji świadczeń w Poradni Chirurgii Ogólnej;

3. Proponowana ilość godzin realizacji świadczeń zdrowotnych w **Poradni Chirurgii Ogólnej** 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.

.....
/miejscość i data /

.....
/ Pieczętka i podpis Oferenta/