

# FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych  
w Dziale Pomocy Doraźnej i Przyjęć – Izba Przyjęć

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

## 1. Dane do oferty:

|                                              |  |     |  |     |  |
|----------------------------------------------|--|-----|--|-----|--|
| Imię i Nazwisko /Nazwa<br>adres zamieszkania |  |     |  |     |  |
| PESEL                                        |  | NIP |  | KRS |  |
| Nr prawa wykonywania zawodu                  |  |     |  |     |  |
| Nazwa Banku, numer konta                     |  |     |  |     |  |
| Telefon kontaktowy                           |  |     |  |     |  |
| Adres poczty elektronicznej                  |  |     |  |     |  |

Wykaz lekarzy wraz z kwalifikacjami, którzy będą udzielać lekarskich świadczeń zdrowotnych  
(dotyczy podmiotów leczniczych).

.....  
.....  
.....

2. Oferuje udzielanie świadczeń zdrowotnych jako lekarz w Dziale Pomocy Doraźnej i Przyjęć -  
Izba Przyjęć

3. Proponuję stawkę za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych (w pełnych złotych) brutto:

|  |                                                                                                                              |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych przez <b>lekarza</b> w Dziale Pomocy Doraźnej i<br>Przyjęć - <b>Izba Przyjęć</b> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Zobowiązuję się do wykonywania min. .... ilości godzin w każdym miesiącu.

5.Oferta z załącznikami zawiera łącznie ..... ponumerowanych stron.

.....  
Miejscowość, data sporządzenia oferty

.....  
podpis oferenta

W załączeniu:

- a) zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z Izby lekarskiej/kserokopia wpisu do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę.
- b) aktualny wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/KRS
- c) dyplom ukończenia studiów medycznych,
- d) prawo wykonywania zawodu,
- e) dyplom ukończenia specjalizacji, w przypadku nie posiadania specjalizacji – dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji,
- f) numer REGON,
- g) polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej,
- h) zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy,
- i) zaświadczenie o przeszkoleniu bhp.
- j) inne dokumenty:

.....

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
(pieczętka i podpis oferenta lub osoby upoważnionej do złożenia oferty)