

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych
w Dziale Pomocy Doraźnej i Przyjęć – zespoły ratownictwa medycznego

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 adres zamieszkania					
PESEL		NIP		REGON	
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** systemu w zespołach wyjazdowym „S”

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

	za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza systemu w zespołach wyjazdowych „S”
--	--

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 nieposiadania 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)