

**OFERTA**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ W  
DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH / LEKARZA Z I STOPNIEM  
SPECJALIZACJI Z DOŚWIADCZENIEM/ LEKARZA W TRAKCIE SPECJALIZACJI  
(UKOŃCZONE 3 LATA SPECJALIZACJI Z CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH) W  
ODDZIALE INTERNISTYCZNO- KARDIOLOGICZNYM SZPITALA W GRODZISKU  
WLKP.**

**1. Dane Oferenta**

Imię i nazwisko	
Telefon	
Adres e-mail	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Ulica	
Nr Domu/ mieszkania	
PESEL	
NIP	
REGON	
Nr prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja (nazwa i stopień)	
Lekarz w trakcie specjalizacji (nazwa specjalizacji i rok rozpoczęcia specjalizacji)	
Certyfikat potwierdzający umiejętności wykonywania badań ultrasonograficznych	
Nr wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą	

**2. Zakres świadczeń**

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych/ lekarza z I stopniem specjalizacji z doświadczeniem, lekarza w trakcie specjalizacji (ukończone 3 lata specjalizacji z chorób wewnętrznych) w Oddziale Internistyczno –Kardiologicznym Szpitala w Grodzisku Wlkp. zgodnie z wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

**3. Oświadczenia:**

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłaszam w tym zakresie zastrzeżeń.
- Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę w siedzibie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wlkp. w Oddziale Internistyczno-Kardiologicznym w okresie od..... do .....
- Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki do ich realizacji.

- 4) Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.
- 5) Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście.
- 6) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia Konkursu ofert.
- 7) Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ..... (Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość ..... na dzień podpisania umowy.)\*
- 8) Deklarowana minimalna liczba udzielanych świadczeń zdrowotnych w podstawowej ordynacji działalności Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego (przez podstawową ordynację Udzielający Zamówienie rozumie czas pracy od 7<sup>00</sup> do 15<sup>00</sup>)  
- ..... godzin / tygodniowo

czas pracy od 7 <sup>00</sup> do 15 <sup>00</sup>		
Lp.	dzień tygodnia	ilość godzin
1.	poniedziałek	
2.	wtorek	
3.	środa	
4.	czwartek	
5.	piątek	

- 9) Deklarowana minimalna liczba udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżuru medycznego w Oddziale Internistyczno-Kardiologicznym (przez dyżur medyczny Udzielający Zamówienia rozumie dni od poniedziałku do piątku od godziny 15-7, w soboty, niedzielę i święta od 7 do 7)  
-..... godzin/miesięcznie.

#### 4.Oferta cenowa

1. Za realizację usługi oczekuję należności w kwocie: .....zł (brutto) za 1 godzinę udzielania świadczeń w podstawowej ordynacji działalności Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego zgodnie z ustalonym w danym okresie rozliczeniowym harmonogramem.
2. Za realizację usługi oczekuję należności w kwocie: .....zł (brutto) za 1 godzinę pełnienia dyżuru medycznego w Oddziale Internistyczno – Kardiologicznym zgodnie z ustalonym w danym okresie rozliczeniowym harmonogramem.

#### Załączniki do oferty:

- 1) wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą
- 2) zaświadczenie z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej
- 3) dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu, dyplom lekarza, specjalizację
- 4) polisa OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy
- 5) zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji przedmiotu umowy
- 6) zaświadczenie o szkoleniu bhp
- 7) informacja Krajowy Rejestr Karny

Grodzisk Wlkp., dnia .....

.....  
podpis oferent

\*niepotrzebne skreślić