

O F E R T A

NA PEŁNIENIE FUNKCJI NA STANOWISKU KIEROWNIKA ODDZIAŁU INTERNISTYCZNO-KARDIOLOGICZNEGO ORAZ NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ W ZAKRESIE 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)	
Nr wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą	

2. Zakres świadczeń

Składam ofertę na pełnienie funkcji na stanowisku Kierownika Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego oraz wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych w Oddziale Internistyczno-Kardiologicznym Szpitala w Grodzisku Wlkp. zgodnie z wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

3. Oświadczenia:

- 1) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłaszam w tym zakresie zastrzeżeń.
- 2) 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 r.
- 3) 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. Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.

- 4) Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście.
- 5) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia Konkursu ofert.
- 6) 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.)*
- 7) Oświadczam, że posiadam tytuł naukowy
- 8) Oświadczam, że posiadam dodatkową specjalizację.....
- 9) Oświadczam, że ukończyłem/am następujące kursy/szkolenia upoważniające do:
.....
.....

4. Oferta cenowa

1. Za realizację usługi oczekuję należności w kwocie :.....zł (brutto) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych do limitu 160 godzin miesięcznie, o których mowa w § 1 ust. 2 litera a projektu umowy.
2. Za realizację usługi oczekuję należności w kwocie :.....zł (brutto) za 1 godzinę udzielania świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 2 litera b projektu umowy w siedzibie Udzielającego Zamówienia zgodnie z ustalonym w danym okresie rozliczeniowym harmonogramem.

5. 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
- 4) polisa OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy
- 5) zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji przedmiotu umowy
- 6) zaświadczenie o szkoleniu bhp
- 7) przebieg dotychczasowej pracy zawodowej – curriculum vitae
- 8) certyfikaty, zaświadczenia, dyplomy – jeśli oferent posiada
- 9) dokumenty potwierdzające posiadane specjalizacje
- 10) informacja Krajowy Rejestr Karny

Grodzisk Wlkp.,

Data

.....

Podpis oferenta

*niepotrzebne skreślić