

Suwałki, dnia

.....
pieczęć oferenta

O F E R T A
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach ordynacji lekarskiej i po godzinach ordynacji lekarskiej.

Imię Nazwisko

PESEL Zawód

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji).....

Nr rejestr. Indywidualnych Praktyk Lekarskich OIL

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej

NIP REGON

Adres indywidualnej praktyki lekarskiej

Adres do korespondencji(o ile jest inny niż praktyki).....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielenie świadczeń zdrowotnych w godzinach ordynacji lekarskiej/ po godzinach ordynacji lekarskiej w Oddziale..... w siedzibie udzielającego zamówienie.

Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, "szczegółowymi warunkami konkursu ofert" i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie SPSW w Suwałkach w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienie oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienie.
3. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
4. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) .(Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na dzień podpisania umowy).
5. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu:
6. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:
- zł za godzinę wykonywania świadczeń
8. Proponowany czas trwania umowy.....

Załączniki:

1. Poświadczona kopia wpisu do rejestru specjalistycznych indywidualnych praktyk lekarskich.
2. Poświadczona kopia nadania numeru REGON
3. Poświadczona kopia nadania numeru NIP
4. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu i specjalizacji
5. Kserokopia polisy oc lub oświadczenie o złożeniu polisy do dnia podpisania umowy.
6. Kserokopia zaświadczenia lekarskiego (aktualne badania okresowe) i przeszkolenia BHP

.....
podpis i pieczęć oferenta