Załącznik Nr 2 do Warunków konkursu ofert

Łuków, dnia ................................2020 r.

# O F E R T A

**NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁUKOWIE**

|  |
| --- |
| **I.**  DANE OFERENTA  |
|  1. Nazwa praktyki .......................................................................………...…….............……………….……….............................................................................................................................................................................. |
| 2. Adres ……………………………………………..................................……………………..………........… |
| 3. Imię i nazwisko ...........................................................................................................................................4. Nr prawa wykonywania zawodu……………....……................................................................................... (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię) |
|  5. NIP…………………..…………………… 6. PESEL ............................................................................... |
| 7. Adres e –mail ………………………………………………………………………………………………8. Numer telefonu ………………………………….………………………………………………………… |
| 9. posiadana specjalizacja z określeniem stopnia (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię) .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................kursy: ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| 10. siedziba Izby i nr wpisu praktyki (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię) Izba w ……………………......…………….… nr ……………………………………………...................... |
|  II. OŚWIADCZENIEOświadczam, że:1.  zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia, regulaminem komisji konkursowej, szczególnymi warunkami konkursu ofert, i przyjmuję je bez zastrzeżeń,2. zapoznałam/em z projektem Umowy – Kontraktu i zobowiązuje się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez SPZOZ,3. zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i przedstawienia jej SPZOZ w Łukowie do dnia zawarcia umowy. .......................................................... (podpis oferenta) |

|  |
| --- |
| III. OFERTA SZCZEGÓŁOWA Oferuję wykonywanie – udzielanie świadczeń w SPZOZ w Łukowie, na warunkach:1. zakres ………………………………….………………………..……………………………………………- ……………….............. zł za ……………………………….…………………………………………………proponowana liczba godzin tygodniowo ……………………………….……………….……………...………proponowana liczba dyżurów miesięcznie: ……………………………….……………………………………preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………..2. zakres ………………………………….………………………………..……………………………………- ……………..……............ zł za ……………………………….………………………………………………proponowana liczba godzin tygodniowo …………………………………..…………………………...………proponowana liczba dyżurów miesięcznie: ………………………………….…………………………………preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..3. zakres ………………………………….………………………………………..……………………………- …………......................... zł za …………….…………………………………………………………………proponowana liczba godzin tygodniowo ………………………………………………..……………...………proponowana liczba dyżurów miesięcznie: ………………………….…………………………………………preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………..4. zakres ………………………………….………………………………………..……………………………- …………......................... zł za …………….…………………………………………………………………proponowana liczba godzin tygodniowo ………………………………………………..……………...………proponowana liczba dyżurów miesięcznie: ………………………….…………………………………………preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….. ..................................................................... (podpis oferenta) |
| **ZAŁĄCZNIKI:**1. zaświadczenie o wpisie indywidualnej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej do rejestru podmiotów wykonującej działalność leczniczą,
2. zaświadczenie o wpisie indywidualnej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk z systemu CEIDG),
3. dokumenty potwierdzające kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza tj.:
4. prawo wykonywania zawodu lekarza,
5. dyplom lekarza,
6. dyplom uzyskania specjalizacji,
7. potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji, 1 i 2 strona Karty specjalizacji
8. dyplom uzyskania stopnia/tytułu naukowego, inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności –w przypadku ich posiadania
9. aktualna polisa OC lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy,
10. aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy/zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy i zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych w SPZOZ w lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy,
11. aktualne zaświadczenie ukończenia szkolenia w dziedzinie BHP lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia w chwili podpisania umowy.

 .......................................................... (podpis oferenta) |
| Oświadczam, że dane i dokumenty z poprzednio zawartego kontraktu nie uległy zmianie i są aktualne w stosunku do przedstawionej oferty w niniejszym konkursie. Wnoszę o uwzględnienie moich dokumentów z poprzedniego kontraktu do złożonej przeze mnie oferty.\*   ............................................................. (podpis oferenta)\* wypełnić jeśli Oferent posiadał poprzednio kontrakt z SPZOZ. |