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. OŚWIADCZENIE  Oświadczam, 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. |