



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

Załącznik Nr 2 do Warunków konkursu ofert
Łuków, dnia2025 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. REGON
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. zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i przedstawienia jej SPZOZ w Łukowie do dnia zawarcia umowy. (podpis oferenta)	



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

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)



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

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.:
 - a) prawo wykonywania zawodu lekarza,
 - b) dyplom lekarza,
 - c) dyplom uzyskania specjalizacji,
 - d) potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji, 1 i 2 strona Karty specjalizacji,
 - e) dyplom uzyskania stopnia/tytułu naukowego, inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności – w przypadku ich posiadania,
 - f) w przypadku lekarza będącego w trakcie specjalizacji – zaświadczenie wystawione przez kierownika specjalizacji, w którym zawarta jest informacja, po którym roku specjalizacji jest lekarz i z jakiej dziedziny jest specjalizacja oraz, że lekarz będący w trakcie specjalizacji wykazuje się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami w pracy na danym stanowisku, a ponadto pisemna zgoda na pełnienie samodzielnych dyżurów wystawiona przez kierownika specjalizacji

.....
(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

