

OFERTA

Dane o ofercie

.....

.....

.....

.....

/imię i nazwisko lub nazwa, adres/

W związku z ogłoszeniem konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych - konsultacji specjalistycznych w zakresie dermatologii na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji specjalistycznych dermatologicznych (wykonane po zgłoszeniu telefonicznym) za wynagrodzeniem :

ryczałt miesięczny – zł.

3. Oferta obejmuje wykonywanie wszystkich czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę.
4. Informacje dodatkowe (nr konta bankowego):

.....

.....

5. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 2 do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach. (W przypadku zastrzeżeń do postanowień projektu umowy - załączyć na piśmie propozycje innych zapisów).
6. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji umowy.
8. Załącznikami do niniejszej oferty są:
 - (1) Dyplom ukończenia studiów medycznych.
 - (2) Dokument potwierdzający uzyskaną specjalizację w zakresie świadczeń objętych konkursem.
 - (3) Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
 - (4) Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
 - (5) Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG.
 - (6) Poświadczona kserokopia polisy OC lub w przypadku braku w chwili podpisania zobowiązanie do posiadania polisy OC w chwili rozpoczęcia świadczenia usług .
 - (7) Oświadczenie oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz aktualne szkolenia w zakresie BHP.

.....

miejsowość, data

.....

podpis i pieczęć oferenta

