

FORMULARZ OFERTOWY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: specjalistycznej opieki lekarskiej nad pacjentami działu..... Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich, wykonywania czynności na stanowisku Kierownika działu.....Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich oraz wykonywania badań endoskopowych w Pracowni Endoskopii Diagnostycznej i Zabiegowej.

I. Dane oferenta:

1. Imię i nazwisko:
2. Specjalizacja, (jeśli dotyczy):
3. Tytuł naukowy:

II. Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny:

Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą na bazie sprzętu i pomieszczeń działu..... oraz pracowni:

III. Określenie stawki udzielania świadczeń:

Stawka świadczeń zdrowotnych poza regulaminowym czasem wykonywanych w dni:

- powszednie.....zł/h
- świąteczne i wolne od pracy.....zł/h

Stawka za wykonywanie świadczeń zdrowotnych w czasie regulaminowym –
.....zł/h

IV. Załączniki do oferty:

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Kopia prawa wykonywania zawodu lekarza
3. Dokument potwierdzający stopień specjalizacji- kopia (jeśli dotyczy).
4. Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej.
5. Kopia polisy OC podmiotu leczniczego.
6. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza Medycyny Pracy.
7. Zaświadczenie ukończenia okresowego szkolenia w zakresie BHP.

- V. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o wszczęciu postępowania konkursowego na świadczenie usług zdrowotnych w ZOZ w Końskich.

.....

data

.....

podpis oferenta