

FORMULARZ OFERTOWY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznej opieki lekarskiej nad pacjentami działu/oddziału Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich.

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/oddziału:.....

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 w czasie regulaminowym –

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.

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

.....
data

.....
podpis oferenta