

## FORMULARZ OFERTOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznej opieki lekarskiej nad pacjentami działu/oddziału/poradni\*.....w Zespole Opieki Zdrowotnej w Końskich

### I. Dane oferenta:

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

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

Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą na bazie sprzętu i pomieszczeń działu/oddziału/poradni\*.....

### III. Określenie stawki udzielania świadczeń:

1. Stawka za godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń.....zł
2. Stawka za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych po wezwaniu Przyjmującego Zamówienie do miejsca wykonywania świadczeń zdrowotnych.....zł.

### IV. Załączniki do oferty:

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydane przez Świętokrzyską Izbę Lekarską.
2. Kopia prawa wykonywania zawodu.
3. Dokument potwierdzający stopień specjalizacji (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 i podpis oferenta

\* właściwe podkreślić