

FORMULARZ OFERTOWY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznej opieki lekarskiej nad pacjentami oddziału/działu/poradniZespołu 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 oddziału.....

III. Określenie stawki udzielania świadczeń:

Stawka za wykonywanie świadczeń zdrowotnych:

- w dni powszedniezł/h
- w dni świąteczne/ustawowo wolne od pracy.....zł/h

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

.....
podpis oferenta

*Właściwe podkreślić