

FORMULARZ OFERTOWY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

.....
.....

w Zespole 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:

.....

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. 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

