

## Formularz ofertowy

**KONKURS OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
NA RZECZ PACJENTÓW WSN W LUBLIŃCU**

1. Oferent: .....
2. Adres Oferenta: .....
3. Nr telefonu: .....
4. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej: .....
5. REGON: .....
6. NIP: .....
7. Nazwa banku oraz nr rachunku: .....
8. Nr umowy ubezpieczeniowej: .....
9. Okres obowiązywania umowy ubezpieczeniowej: .....
10. Posiadane kwalifikacje (specjalizacja):.....

Wymagane kwalifikacje	Cena – brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych obejmująca całkowite koszty w szczególności należności publicznoprawne	Ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu (do wykazania w NFZ)	Ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w tygodniu (do wykazania w NFZ)	Cena brutto x ilość godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych w miesiącu (2x3)	Wartość zamówienia w okresie realizacji umowy 6 miesięcy
1	2	3	4	5	
Specjalista psychiatra					
W trakcie specjalizacji z psychiatrii					

I stopień specjalizacji z psychiatrii					
---	--	--	--	--	--

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.
2. Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.
3. Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania.
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. E. Cyrana w Lublińcu dla potrzeb przedmiotowego postępowania konkursowego oraz realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w WSN.
5. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią klauzuli informacyjnej dla osób uczestniczących w postępowaniu konkursowym.

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

- nie toczy się przeciwko mnie postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej,
- nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,
- nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu, albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów WSN przedkładam dokumenty w formie kserokopii, a to:

- aktualna na czas trwania umowy, umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
- dokument potwierdzający wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
- dyplom ukończenia studiów,
- prawo wykonywania zawodu lekarza,
- dyplom uzyskania tytułu specjalisty lub karta szkolenia specjalizacyjnego.

Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

**Załącznik nr 5 do SzWKO**

(Nazwisko oraz imię składającego oświadczenie)

PESEL :

Lubliniec dnia .....

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że wyrażam gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy w **Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana, ul. Grunwaldzka 48, 42-700 Lubliniec**, w oddziałach psychiatrycznych, w zakresie miesięcznego wymiaru przedstawionego w ofercie oraz wykazanego do NFZ, wynoszącym:..... godz.

.....

Podpis osoby składającej oświadczenie