

FORMULARZ OFERTY
na udzielenie świadczeń zdrowotnych
w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu
w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych

NAZWA OFERENTA

.....
.....

ADRES:

.....

**Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność
lecniczą**

Nr wpisu do rejestru:

NIP

REGON

Telefon kontaktowy:

Wykaz personelu zgodnie z załącznikiem nr 1 do Formularza Ofertowego

- 1) Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu oferuję przyjęcie do wykonania zamówienie w zakresie objętym SZWKO.
- 2) Oferuję świadczenie usług będących przedmiotem zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w SZWKO za stawkę godzinową brutto wyrażoną w złotych:
 - 1) za jedną godzinę dyżuru - lekarz specjalista zł
 - 2) za jedną godzinę dyżuru - lekarz w trakcie specjalizacji zł
- 3) składam ofertę na średniomiesięczną ilośćdyżurów medycznych w miesiącu

.....

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 w ramach pełnienia dyżurów medycznych 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.

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)

Lubliniec dnia

OŚWIADCZENIE

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

Złącznik nr 1 do Formularza Ofertowego

Wykaz personelu udzielającego świadczeń

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Data i nr dyplomu	Data uzyskania i Nr prawa wykonywania zawodu	stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji (Kwalifikacje)	średniomiesięczna ilość dyżurów
1.						
2.						
3.						