

**OFERTA  
NA UDZIELANIE SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**1. Dane oferenta**

**A. Podmiot leczniczy**

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego:.....

.....

Nr wpisu do rejestru zoz .....nr KRS.....

Pełnomocnik .....

kontakt .....

**B. Oferta indywidualna – praktyka zawodowa**

Imię i nazwisko: .....

e-mail.....tel .....

adres: kod.....miejsowość.....

ulica.....nr.....

PESEL ..... NIP ..... REGON.....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej .....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr indywidualnej praktyki lekarskiej .....

Specjalizacja (*nazwa , stopień i data uzyskania*) .....

**2. Zakres świadczeń**

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- zabezpieczania medycznego w oddziale rehabilitacyjnym w godzinach:  
od 7.25 do 15.00 – opieka dzienna od poniedziałku do piątku

w Centrum Rehabilitacji im. Prof. Mieczysława Walczaka w Osiecznej, w ramach umowy kontraktowej lub na warunkach umowy zlecenia.

**Deklaruję gotowość świadczenia usług w wymiarze** ..... godzin w tygodniu, wg miesięcznego harmonogramu ustalanego z kierownikiem oddziału..

**3. Oferta cenowa**

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości:

- ..... zł (brutto) za godzinę świadczenia usługi opieka dzienna od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.25 do 15.00

**4. Termin świadczenia usług**

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

od dnia ..... do dnia.....

## 5. Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

Osieczna, dnia.....

.....

*podpis oferenta*

### ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY\*:

- 1/ wpis do rejestru zoz
- 2/ wypis z KRS
- 3/ wpis do rejestru prywatnych praktyk lekarskich
- 4/ wpis do ewidencji działalności gospodarczej
- 5/ nadanie numeru REGON
- 6/ nadanie numeru NIP
- 7/ dyplom lekarza
- 8/ prawo wykonywania zawodu
- 9/ ..... dyplomy specjalizacji lub opinia kierownika specjalizacji jeśli oferent jest w trakcie specjalizacji
- 10/ oświadczenie o niekaralności
- 11/ polisa ubezpieczeniowa oc

}

dotyczy podmiotów leczniczych

\* *niepotrzebne skreślić*