

OFERTA NA UDZIELANIE SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Dane oferenta

A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego:.....

.....

Nr wpisu do rejestru zoznr 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
- dyżurów medycznych w dni wolne od pracy od godz. 7.25 do godz. 7.25 dnia następnego
- dyżury medyczne pod telefonem w godzinach od 15.00 do 7.25 dnia następnego od poniedziałku do piątku

w Centrum Rehabilitacji im. Prof. Mieczysława Walczaka w Osiecznej, w ramach umowy kontraktowej.

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
- zł (brutto) za dyżur lekarski w dni wolne od pracy w godzinach 7.25 do 7.25 dnia następnego

- zł (brutto) za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych od poniedziałku do piątku w godzinach 15.00 do 7.25 dnia następnego;
- zł (brutto) za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych na wezwanie od poniedziałku do piątku w godzinach 15.00 do 7.25 dnia następnego;

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*:

- | | | |
|--|---|-------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> 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*