

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(nazwa i adres Zamawiającego)

## OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... w siedzibie  
Udzielającego zamówienia.

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja, stopień specjalizacji.....

Nr rejestr. podmiotu wykonującego działalność leczniczą OIL .....

NIP..... REGON.....

Adres zamieszkania .....

Adres wykonywania działalności gospodarczej.....

Tel. kontaktowy .....

e-mail.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie.....  
w siedzibie Udzielającego zamówienia zgodnie z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych  
konkurem.

## OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursów ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Pomiechówku przy użyciu sprzętu należącego do Zamawiającego.
3. Prowadzi działalność leczniczą w dziedzinie ....., zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) lub zobowiązuje się do przedłużenia polisy OC na okres obowiązywania umowy.
6. Posiada uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty.
7. Deklaracja ofertowa w zakresie **w zakresie POZ w SPZOZ Pomiechówek.**

- ilość godzin na tydzień .....

poniedziałek.....

wtorek.....

środa.....

czwartek.....

piątek.....

- proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

- cena jednostkowa za godzinę.....
- cena jednostkowa za WD.....

## ZAŁĄCZNIKI:

1. Kopie dokumentów (dyplom, prawo wykonywania zawodu, posiadana specjalizacji).
2. Kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy.
3. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
4. Wydruk elektroniczny z CEIDG.

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

Działalność lecznicza na rzecz SPZOZ Pomiechówek jest działalnością podstawową / dodatkową\* (niepotrzebne skreślić)