

OFERTA NA UDZIELANIE 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.....telefon.....

adres: kod pocztowy.....miejscowość.....

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 i oferta cenowa

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:.....

.....

w ramach umowy o świadczenie usług medycznych

Oferuję wykonywanie niniejszych świadczeń w dniach i godzinach.....

.....

4. Oferta cenowa

za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości.....

.....

4. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne od

dnia..... do dnia.....

5. Oświadczenie oferenta

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

Złotoryja, dn.....

.....

(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 / CEIDG**
5. **nadanie numeru REGON**
6. **nadanie numeru NIP**
7. dyplom lekarza
8. **dyplom ukończenia studiów wyższych**
9. prawo wykonywania zawodu
10. dyplom specjalizacji
11. **polisa ubezpieczeniowa OC**
12. **aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia**
13. **aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia BHP**
14. **aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia do celów sanitarno-epidemiologicznych**

UWAGA

OFERENCI, KTÓRZY NA DZIEŃ SKŁADANIA OFERT POSIADAJĄ AKTUALNA UMOWĘ NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W WOJEWÓDZKIM SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM W ZŁOTORYI ZOBOWIĄZANI SĄ DO OFERTY DOŁĄCZYĆ TYLKO TE DOKUMENTY/ OŚWIADCZENIA, KTÓRE ULEGŁY ZMIANIE.