OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie „Lekarz wraz z pełnieniem funkcji Ordynatora na Oddziale Chorób Wewnętrznych”

……..
(miejscowość, data)

……..
(pieczątka oferenta)

OFERTA

1. DANE OFERENTA:

PEŁNA NAZWA			
PESEL		NR PWZ	
ADRES ZAMIESZKANIA			
ADRES SIEDZIBY			
TEL. KONTAKTOWY		EMAIL	
NIP		REGON	

2. PRZEDMIOT OFERTY:

1) Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie „**Lekarz wraz z pełnieniem funkcji Ordynatora na Oddziale Chorób Wewnętrznych**” Szpitala Puckiego Sp. z o.o. w Pucku w ilości: ☐

   a) maksymalna ilość godzin będzie wynosiła

   b) maksymalna ilość godzin dyżurów medycznych będzie wynosiła ☐

2) Staż pracy w zawodzie na dzień złożenia oferty, wynosi (odpowiednie zaznaczyć **X**):

od 2 do 5 lat		6-10 lat		11-20 lat		21-30 lat		pow. 30 lat	

3) Oświadczam, iż (odpowiednie zaznaczyć **X**):

jestem po drugim roku specjalizacji	posiadam specjalizację na starych zasadach I stopień	posiadam tytuł lekarza specjalisty (na starych zasadach II stopień specjalizacji lub lekarz specjalista na nowych zasadach).

4) Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych i szczegółowymi warunkami konkursu oraz z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych w procesie postępowania konkursowego.

5) Oświadczam, iż akceptuję warunki proponowanych zapisów umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

6) Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszeń warunków zawartej umowy.

Szpital Pucki Sp. z o.o.

OFERTA

7) Oświadczam, iż posiadam aktualną umowę OC za szkody przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych i zobowiązuję się, w przypadku przyjęcia mojej oferty, do dostarczenia jej kopii najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
8) Oświadczam, że zapoznałem się z ogłoszeniem i szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz akceptuję ich treść, w tym zastrzeżone prawa Udzielającego zamówienia do unieważnienia postępowania.
9) Oświadczam, że jestem związany ofertą przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.
10) Oświadczam, że w razie unieważnienia postępowania lub niedokonania wyboru oferty nie będę dochodził wobec Udzielającego zamówienia roszczeń o zwrot kosztów przygotowania i złożenia oferty oraz udziału w postępowaniu.
11) Oświadczam, że informacje podane w ofercie są zgodne z prawdą, a personel medyczny spełnia wymagane warunki.
12) Za realizację umowy oczekuję wynagrodzenia:

	Brutto za godz. (praca podstawowa)	słownie:
	Brutto za godz. (dyżur)	słownie:
	brutto ryczałt/m-c (Ordynator)	słownie:

3. DODATKOWE PROPOZYCJE ZGŁASZANE PRZEZ OFERENTA:

……

……

……

……

4. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (odpowiednie załączone zaznaczyć **X**):

prawo wykonywania zawodu	dokumenty potwierdzające wykształcenie i kwalifikacje	Ksero-kopia polisy OC + dowód zapłaty	Orzeczenie lekarskie i orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych	zaświadczenie o przeszkoleniu BHP i p.poż
Oświadczenie o niefigurowaniu w rejestrze karny i rejestrze na tle seksualnym			zaświadczenie RPWDL	

……
(podpis oferenta)

Szpital Pucki Sp. z o.o.