

O F E R T A

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w w zakresie dyżuru medycznego
z wynagrodzeniem zmiennym oraz w zakresie pozostawania w gotowości do udzielania
świadczeń zdrowotnych**

Dane oferenta:

1. Imię i nazwisko

2. Adres

3. Nazwa:

.....
.....

Oferent prowadzi działalność leczniczą w formie:

.....
.....

4. Nr prawa wykonywania zawodu

5. PESEL

6. NIP

7. Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)

lub otwarta specjalizacja (od) z zakresu

8. Telefon kontaktowy

9. Oferent posiada aktualne obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej
(OC)*

Oferent zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na dzień podpisania umowy.*
(* niepotrzebne skreślić)

10. Zakres oferowanych świadczeń (np. Choroby Wewnętrzne, Chirurgia Ogólna, **Stacja Pogotowia
Ratunkowego Rydułtowy/Wodzisław Śl.** itp.)

.....
.....
.....
.....

11. Ilość oferowanych dyżurów medycznych (tygodniowo):.....

Ilość oferowanych dyżurów medycznych w zakresie pozostawania w gotowości (tygodniowo).....

12. Proponowana cena za oferowane świadczenia w kwocie

- za dyżur medyczny - 16 godzin 25 minut - zł * ilość dyżurów

- za dyżur medyczny - 24 godzin - zł * ilość dyżurów

- za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych - 16 godzin 25 minut - zł * ilość dyżurów

- za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych - 24 godzin - zł * ilość dyżurów

Załączniki*:

1. kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
2. kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
3. kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanej specjalizacji lub dokumentów stwierdzających rozpoczęcie specjalizacji i innych dokumentów wymaganych do świadczenia usług objętych umową
4. kopia polisy OC
(powyższe załączniki należy dołączyć do oferty jeżeli Zamawiający nie jest w ich posiadaniu)

.....
podpis i pieczęć oferenta
(lub podpis osoby upoważnionej)

* należy złożyć w jednym egzemplarzu niezależnie od ilości złożonych ofert