

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów  
Opieki Zdrowotnej w Pionkach  
Im. Lecha i Marii Kaczyńskich – Pary Prezydenckiej

OFERTA

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych Zamówienia w niektórych Poradniach Specjalistycznych.

Imię i Nazwisko.....  
Adres: kod:.....miejscowość.....  
Pesel.....NIP.....REGON.....  
Nr wpisu do ewidencji działalności.....  
Nr indywidualnej praktyki lekarskiej.....  
Specjalizacja.....

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni.....  
w ilości..... punktów miesięcznie oraz stosownie do zawartej umowy pomiędzy SPZZOZ w Pionkach  
a MOW NFZ.

Zobowiązuję się do wykonania powyższych świadczeń za wynagrodzeniem w wysokości..... brutto  
(słownie.....) brutto za jeden punkt rozliczeniowy NFZ w Poradni.....

Ponadto oświadczam, że:

1. Wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, etyki zawodowej z poszanowaniem praw pacjenta,
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń,
3. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej,
4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy według wzoru stanowiącego załącznik do regulaminu Konkursu,
6. Oferta jestem związany 30 dni od upływu terminu składania ofert.

.....  
Podpis oferenta

Załączniki do oferty:

- 1) Kserokopia dyplomu,
- 2) Kserokopia prawa wykonywania zawodu
- 3) Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – kserokopie,
- 4) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- 5) Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- 6) Polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie,
- 7) Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku o które ubiega się oferent.