

....., dnia.....
(miejscowość)

.....
(Nazwisko i imię)

.....
(adres)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
(PESEL)

.....
(NIP)

.....
(REGON)

**Dyrekcja
SPZOZ MSWiA Centrum Rehabilitacji
w Górznie**

OFERTA

Niniejszym składam ofertę w konkursie ofert na zawarcie z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Centrum Rehabilitacji w Górznie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych dotyczącej wykonywania świadczeń leczniczych przez lekarzy specjalistów.

Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza nr.....

specjalizacje

doświadczenie zawodowe

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ponadto zobowiązuje się do:

1. Spełnienia wszystkich warunków udzielenia świadczeń zdrowotnych osobom uprawnionym na podstawie umowy SPZOZ MSWiA Centrum Rehabilitacji w Górznie z Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Poddania się kontroli przeprowadzonej przez osobę upoważnioną przez Dyrektora SPZOZ MSWiA Centrum Rehabilitacji w Górznie w zakresie prawidłowości wykonania umowy, prowadzenia dokumentacji medycznej.
3. Posiadania własnej odzieży ochronnej.

Miejsce wykonania świadczenia:

SPZOZ MSWiA Centrum Rehabilitacji w Górznie - Oddział Rehabilitacyjny

Czas trwania umowy: od do

Proponowane koszty udzielania świadczeń zdrowotnych

Stawka za godzinę zł

Wraz z ofertą składam (oryginały do wglądu):

1. kserokopia dyplomu potwierdzającego wykształcenie*,
2. kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza*,
3. kserokopie dyplomów potwierdzających specjalizacje lub dokumentu potwierdzającego odbywanie specjalizacji*,
4. kserokopie dodatkowych kwalifikacji (odbyte kursy, szkolenia)*,
5. kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich*,
6. wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*,
7. kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej OC,
8. zobowiązanie oferenta do aktualizacji ubezpieczenia OC,
9. oświadczenie oferenta /zał. Nr 1/,
10. informacja o osobie z Krajowego Rejestru Karnego dot. czynów zabronionych wskazanych w art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024 r. poz 1802.),
11. oświadczenie o państwach zamieszkania w ciągu ostatnich 20 lat.

Oświadczam, że niniejsza oferta wiąże mnie do dnia ogłoszenia wyników Konkursu, jednakże nie dłużej niż przez 30 dni od daty jej złożenia. W przypadku wybrania mnie w wyniku konkursu przez Komisję Konkursową, zobowiązuję się zawrzeć z udzielającym zamówienie – w terminie przez niego wskazanym – umowę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.

Oświadczam, że dokumenty wymienione powyżej w pkt. 1, 2, 3, 4, 5 i 6 złożone przeze mnie wraz z ofertą w konkursie ofert ogłoszonym w 2022 roku są nadal aktualne.**

Uwaga:

1. Wypełnić formularz oferty czytelnie, dużymi literami.
2. W przypadku braku miejsca na podanie danych w niniejszym formularzu, informację należy zapisać na dodatkowej karcie i dołączyć ją do oferty.
3. Wszystkie załączniki muszą być podpisane.

.....
(podpis oferenta)

*nie dotyczy oferentów, którzy udzielali świadczeń zdrowotnych na zamówienie SPZOZ MSWiA Centrum Rehabilitacji w Górznie w latach 2022-2025, jeśli w/w dokumenty są nadal aktualne

**nie dotyczy oferentów, którzy do niniejszej oferty załączyli dokumenty wymienione w powyższych punktach