

Żary, dnia.....

**105. Kresowy Szpital Wojskowy z  
Przychodnią Samodzielny Publiczny  
ZOZ**

**ul. Domańskiego 2  
68-200 Żary**

**O F E R T A**

**W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju ratownictwo medyczne w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym / Oddziale Pomocy Doraźnej w obrębie rejonu operacyjnego ( Żagań,) w zakresie pełnienia dyżurów medycznych przez lekarza systemu**

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania

zawodu.....

Specjalizacja.....

NIP.....REGON.....

Adres .....

Adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z adresem).....

Telefon

.....

Polisa nr ..... ważna od .....do .....

**OFERENT OŚWIADCZA, iż:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „szczegółowymi warunkami przeprowadzenia konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Prowadzi Indywidualną (Indywidualną Specjalistyczną) Praktykę Lekarską w dziedzinie.....
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście .
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC ) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ..... (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość ..... na dzień podpisania umowy.)\*
6. Korzysta / niekorzysta ze zwolnienia wynikającego z pkt 4 Rozdz. VIII Szczegółowych warunków udzielania świadczeń ....” ,

**Proponuję następujące warunki wynagrodzenia :**

- wysokość stawki w kwocie ..... zł za godzinę dyżuru dziennego
- wysokość stawki w kwocie ..... zł za dyżur zwykły w godz 15.00-07.30
- wysokość stawki w kwocie ..... zł za dyżur świąteczny w godz. 07.30-07.30

**Proponowana ilość godzin świadczenia usług / ilość dyżurów w miesiącu:**

.....

**ZALĄCZNIKI:**

1. Kserokopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje
2. Kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy
3. Kserokopia nadania numeru REGON, NIP
4. Kserokopia zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
5. Kopie wpisu do rejestrów przedsiębiorców
6. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do świadczenia usług ww zakresie
7. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.

.....

*(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)*

*(wzór pieczęci firmy)*

