

FORMULARZ OFERTOWY

KONKURS OFERT NR 2/2024 W PAŁUCKIM CENTRUM ZDROWIA SP. Z O. O. W ŻNINIE

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie*:

- Zakres nr 1** - lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych
- Zakres nr 2** - lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ogólnej w Oddziale Chirurgii Ogólnej
- Zakres nr 3** - lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii urazowo – ortopedycznej w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
- Zakres nr 4** - lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii w Oddziale Pediatrycznym

* właściwe oznaczyć znakiem X

1. Dane oferenta:

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Nazwa wykonywanej praktyki/ Nazwa podmiotu działalności lecniczej	
Adres siedziby <i>(jeżeli jest inny niż zamieszkania)</i>	
REGON	
NIP	
KRS	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
DANE REJESTROWE <i>(wypełnić zgodnie z rejestrem – jeżeli dotyczy)</i>	
Nr wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej	
Organ rejestrujący	Data ostatniej aktualizacji
Nr wpisu do rejestru RPWDL	
Organ rejestrujący	Data ostatniej aktualizacji
Nazwa banku i nr konta bankowego	

2. Kwalifikacje oferenta:

Nr dyplomu	
Nr prawa wykonywania zawodu	
Dyplom specjalizacji/ karta specjalizacji w dziedzinie	

Załączniki*,**:

- dyplom ukończenia studiów,
- prawo wykonywania zawodu lekarza,
- dyplom specjalizacji,
- certyfikaty z posiadanych dodatkowo odbytych kursów i szkoleń,
- zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL);
- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ wydruk z CEIDG,
- aktualna polisa ubezpieczeniowa/ lub oświadczenie o dostarczeniu do dnia podpisania umowy,
- orzeczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych,
- orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub książeczkę zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych,
- Oświadczenia Oferenta (załącznik nr 2 do SWKO)
-
-
-
-
-

* właściwe oznaczyć znakiem X

** Przed uzupełnianiem załączników należy zapoznać się z częścią V ust. 6 w SWKO

miejsowość, data

czytelny podpis Oferenta