

FORMULARZ OFERTOWY

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

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nr 6 - lekarz systemu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izłą Przyjęć*:

- lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarz po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne,
- lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii,
- lekarz, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty.

* 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	

3. Oferta cenowa.

W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oferuję następującą stawkę za 1 godzinę w dni powszednie oraz w sobotę, niedzielę i dni świąteczne: zł brutto
Udział w transporcie pacjenta do innego szpitala: zł brutto

4. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń w ramach czasu

a) podstawowego w wysokości równej iloczynowi dni roboczych w danym miesiącu przez h/ m-c
b) pełnienia dyżurów w dni powszednie, w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy w ilości określonej w harmonogramie udzielania świadczeń.	

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