

Dane oferenta :

.....  
Imię i nazwisko / Nazwa\*

....., dnia .....

.....  
Adres / Siedziba\*

.....  
Adres do korespondencji

.....  
Telefon

.....  
Adres e-mail

.....  
(numer wpisu do właściwego rejestru i  
oznaczenie organu dokonującego wpisu)

.....  
NIP

.....  
REGON

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia  
z Zakładem Opiekuńczo- Lecznicznym SPZOZ  
61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3

## **FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo- Lecznicznym SPZOZ z siedzibą przy ul. Szwajcarskiej 3 w zakresie:

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie dyżurów przez lekarza w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

Oferowane świadczenia opieki zdrowotnej udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności, a także leków i materiałów Udzielającego zamówienia.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia , regulaminem przeprowadzania konkursu ofert i prac komisji konkursowej oraz projektem umowy na świadczenia zdrowotne i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg stawki ryczałtowej

**.....zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń**

Oświadczam, że na dzień składania oferty ukończyłem/am ..... rok specjalizacji

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od..... r. – do .....r.

Wzór formularza opracowała : Magdalena Kaczmarek

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych przedmiotem zamówienia. Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych: dyplom, dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie objętej ofertą oraz prawo wykonywania zawodu oraz inne dokumenty uprawniające do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia. załączam do oferty <sup>1</sup>

Oświadczam, że zobowiązuję się zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową na zasadach przewidzianych w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i dostarczyć Udzielającemu zamówienie w ciągu 7 dni od rozpoczęcia udzielania świadczeń i zapewnić jej obowiązywanie przez cały czas trwania umowy. Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy potwierdzające ten fakt przedstawię najpóźniej w przeddzień podpisania umowy.<sup>1</sup>

Oświadczam, że odbyłem / odbyłam\* przewidziane przepisami prawa pracy szkolenie bhp, ppoż i stanowiskowe. Zaświadczenia o odbytych szkoleniach dostarczę najpóźniej w przeddzień podpisania umowy. <sup>1</sup>

Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS- em.

Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

Oświadczam, że po podpisaniu umowy zobowiązuję się do wskazania miejsca udzielania świadczeń w rejestrze podmiotów leczniczych

**W załączeniu składam:**

1. aktualny wpis z CEIDG / KRS
2. zaświadczenie o wpisie do księgi rejestrowej podmiotów leczniczych
3. kserokopię dyplomu lekarza medycyny
4. kserokopia dyplomu uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie objętej ofertą
5. kserokopia prawa wykonywania zawodu
6. kserokopie książeczki specjalizacyjnej / oświadczenie o dacie rozpoczęcia, dacie zakończenia oraz miejscu odbywania specjalizacji.

.....

(pieczęć i podpis)