

**FORMULARZ OFERTY**  
na świadczenie usług zdrowotnych

ZAKRES: udzielanie świadczeń zdrowotnych przez:

**Lekarz w specjalistycznych zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego**

DANE OFERENTA:

**A. Oferta indywidualna - indywidualna działalność gospodarcza**

Imię i Nazwisko: .....

Nazwisko rodowe: .....

Imię ojca: ..... Imię matki: .....

Firma Oferenta (Firma przedsiębiorcy): .....

Adres (ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, poczta): .....

.....

PESEL: ..... NIP: ..... REGON: .....

Kontakt telefoniczny: .....

Adres email: .....

Nazwa banku: .....

Nr rachunku bankowego: .....

**B. PODMIOT LECZNICZY**

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego: .....

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych nr RPWDL: .....

Nr KRS: .....

NIP: ..... REGON: .....

Kontakt telefoniczny: .....

Adres email: .....

Nazwa banku: .....

Nr rachunku bankowego: .....

**I. OFERUJĘ:**

**a) udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: lekarz w specjalistycznych zespole ratownictwa medycznego**

**b) stawki ryczałtowe za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych**

Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego	..... zł
Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego w Wigilię i Sylwestra	..... zł

**II.**

- 1. Miejsce stacjonowania zespołów –proszę wybrać preferowane miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych (możliwość wyboru jednego lub większej ilości miejsc stacjonowania)**
- 2. Propozycja ilości godzin udzielania świadczeń miesięcznie**

<b>Miejsce stacjonowania</b>	<b>Propozycja ilości godzin udzielania świadczeń miesięcznie</b>
<b>Mielec</b>	
<b>Stalowa Wola</b>	
<b>Dębica</b>	
<b>Ogółem liczba godzin miesięcznie:</b>	

**III.**

**Załączam następujące dokumenty (kserokopie):**

**ZALĄCZNIKI DO OFERTY (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat)**

1. ☐ formularz oświadczeń Oferenta - **zał. nr 2 do SWKO**
2. ☐ Wykaz osób- **zał. Nr 4 do SWKO**
3. ☐ Oświadczenia personelu- **zał. Nr 5 do SWKO**
4. ☐ Klauzula informacyjna- personel - **zał. Nr 6 do SWKO**
5. ☐ kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza (dyplom ukończenia studiów medycznych, prawo wykonywania zawodu)
6. ☐ wpis do indywidualnych praktyk lekarskich lub wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 UODL
7. ☐ kserokopia dyplomu posiadanej specjalizacji (jeżeli dotyczy)
8. ☐ kserokopia zaświadczenia o rozpoczęciu specjalizacji (jeżeli dotyczy)
9. ☐ kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
10. ☐ kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej lekarza lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy (jeżeli dotyczy),
11. ☐ wydruk Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Rejestru Przedsiębiorców (KRS)
12. ☐ aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożony najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
13. ☐ kserokopia książeczki/orzeczenia do celów sanitarno – epidemiologicznych, lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
14. ☐ zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożone najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
15. ☐ szkolenie w zakresie BHP lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożone najpóźniej w dniu zawarcia umowy
16. ☐ pełnomocnictwo

Data sporządzenia oferty: .....

.....  
(podpis Oferenta)