

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**

Miejsce stacjonowania	Propozycja ilości godzin udzielania świadczeń miesięcznie
Mielec	
Stalowa Wola	
Dębica	
Ogółem liczba godzin miesięcznie:	

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)