

....., dnia.....  
(miejscowość)

.....  
(Nazwisko i imię)

.....  
(adres)

.....  
(telefon kontaktowy)

.....  
(PESEL)

.....  
(NIP)

.....  
(REGON)

**Dyrekcja  
SPZOZ MSWiA Szpital Specjalistyczny  
W Złocieńcu**

## OFERTA

Niniejszym składam ofertę w konkursie ofert na zawarcie z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Szpitalem Specjalistycznym w Złocieńcu umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych dotyczącej wykonywania świadczeń leczniczych przez lekarza.

Posiadam prawo wykonywania zawodu nr.....

specjalizacje .....

doświadczenie zawodowe .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ponadto zobowiązuję się do:

1. Spełnienia wszystkich warunków udzielenia świadczeń zdrowotnych osobom uprawnionym na podstawie umowy SPZOZ MSWiA Szpital Specjalistyczny w Złocięncu z Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Poddania się kontroli przeprowadzonej przez osobę upoważnioną przez Dyrektora SPZOZ MSWiA Szpitala Specjalistycznego w Złocięncu w zakresie prawidłowości wykonania umowy, prowadzenia dokumentacji medycznej.
3. Posiadania własnej odzieży ochronnej.

Miejsce wykonania świadczenia:

SPZOZ MSWiA Szpital Specjalistyczny w Złocięncu - Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej/  
Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej

Czas trwania umowy: od ..... do .....

Proponowane koszty udzielania świadczeń zdrowotnych

Stawka za godzinę ..... zł

Wraz z ofertą składam (oryginały do wglądu):

1. kserokopia dyplomu potwierdzającego wykształcenie\*,
2. kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza\*,
3. kserokopie dyplomów potwierdzających specjalizacje lub dokumentu potwierdzającego odbywanie specjalizacji\*,
4. kserokopie dodatkowych kwalifikacji (odbyte kursy, szkolenia)\*,
5. kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich\*,
6. wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej\*,
7. kserokopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej OC,
8. zobowiązanie oferenta do aktualizacji ubezpieczenia OC,
9. oświadczenie oferenta /zał. Nr 1/ .

Oświadczam, że niniejsza oferta wiąże mnie do dnia ogłoszenia wyników Konkursu, jednakże nie dłużej niż przez 30 dni od daty jej złożenia. W przypadku wybrania mnie w wyniku konkursu przez Komisję Konkursową, zobowiązuję się zawrzeć z udzielającym zamówienie – w terminie przez niego wskazanym – umowę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych

**Uwaga:**

1. Wypełnić formularz oferty czytelnie, dużymi literami.
2. W przypadku braku miejsca na podanie danych w niniejszym formularzu, informację należy zapisać na dodatkowej karcie i dołączyć ją do oferty.
3. Wszystkie załączniki muszą być podpisane.

.....  
(podpis oferenta)