

**Dane o ofercie:**

1. Pełna nazwa działalności oferenta z adresem: .....

**2. Imię i nazwisko oraz adres do doręczeń:**

Imię i nazwisko .....

mięjscość .....ul. .... nr .....

kod pocztowy ..... poczta .....

dane do kontaktu; tel..... fax ..... adres poczty elektronicznej.....

Regon ..... NIP .....

PESEL.....

**3. Adres do korespondencji /w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania/**

.....

**Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Mońkach  
Al. Niepodległości 9**

**O F E R T A**

1.Przedmiotem postępowania konkursowego jest przyjęcie obowiązków świadczenia usług opieki zdrowotnej w zakresie udzielania świadczeń lekarskich w Ośrodku Rehabilitacji Diennej SP ZOZ w Mońkach.

W czasie realizacji umowy będę korzystał(a) z pomieszczeń oraz z wyposażenia w sprzęt stanowiących własność SP ZOZ w Mońkach.

2. W czasie realizacji umowy będę korzystał (a) z materiałów i środków diagnostycznych zakupionych przez SP ZOZ w Mońkach.

3. Posiadam prawo wykonywania zawodu Nr.....

4.Posiadam następujące kwalifikacje:

Specjalizacja w zakresie /stopień i zakres/.....  
nr dokumentu specjalizacji i data wydania.....

5. Staż pracy .....w tym w SP ZOZ w Mońkach.....

6. Proponuję należność finansową w wysokości:

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

7. Świadczenia będą wykonywane w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

.....  
data

.....  
czytelny podpis oferenta

\* niepotrzebne skreślić

## Oświadczenie

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i z Regulaminem konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenie zdrowotne.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres określony w ogłoszeniu.
5. Oświadczam, że uważam się związany (a) ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są aktualne na dzień złożenia oferty i zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia.
9. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne objęte konkursem udzielać będę w siedzibie SP ZOZ w Mońkach, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
10. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście.
11. Oświadczam, że posiadam/zawrę aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 i w terminie określonym w art. 25 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z wymogami określonymi w art. 18 ust. 1 pkt. 5 ustawy o działalności leczniczej i zobowiązuje się do przedłożenia kopii tej polisy udzielającemu zamówienia, najpóźniej w dniu podpisania umowy.
12. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. z 2002 roku Nr 101 poz. 926 ze zmianami) o ochronie danych osobowych.

.....

data

.....

czytelny podpis oferenta

### Załączniki:

1. Dyplom ukończenia studiów
2. Dyplom specjalizacji, zaświadczenia o kursach, szkolenia itp.
3. Zaświadczenie o wpisie do właściwego rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego wpisu lub oświadczenie o dostarczeniu wpisu najpóźniej w dniu podpisania umowy
4. Zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub oświadczenie o dostarczeniu wpisu najpóźniej w dniu podpisania umowy
5. Prawo wykonywania zawodu
6. Polisa ubezpieczeniowa lub stosowne oświadczenie o dostarczeniu polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy