**Dane o oferencie:**

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

…………………………………………………………………………………….……………………………………………………………….

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

 Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………………………………......

 miejscowość ......................................................... 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 udzielania lekarskich świadczeń medycznych w zakresie chorób wewnętrznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych z łóżkami intensywnej opieki medycznej SP ZOZ w Mońkach:

- w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej – stawka godzinowa

- po godzinach normalnej ordynacji lekarskiej, stawka godzinowa, w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Rehabilitacyjnym, Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym i Centralnej Izbie Przyjęć, pacjentom z terenu działania SP ZOZ w Mońkach.

1. 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………………………………...……………

1. Staż pracy ……………………….w tym w SP ZOZ w Mońkach………………...…………
2. Proponuję należność finansową w wysokości:

………………………………………………………………………………..………………….

……………………………………………………………………………...……………………

…………………………………………………………………………………...………………

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

……......................... ............................................................

 data czytelny podpis oferenta

\* niepotrzebne skreślić

**O ś w i a d c z e n i e**

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, szkoleniach itp.
	3. Zaświadczenie o wpisie do właściwego rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego

 wpisu lub oświadczenie o dostarczeniu wpisu najpóźniej w dniu podpisania umowy.

* 1. Zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub oświadczenie o dostarczeniu wpisu najpóźniej w dniu podpisania umowy.
	2. Prawo wykonywania zawodu.
	3. Polisa ubezpieczeniowa lub stosowne oświadczenie o dostarczeniu polisy najpóźniej
	w dniu podpisania umowy.