

Dane o ofercie:

1. Pełna nazwa działalności oferenta z adresem:

2. Imię i nazwisko oraz adres do doręczeń:

Imię i nazwisko

miejscowośćul. 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 świadczeń medycznych w zakresie chirurgii w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z łózkami leczenia bólu i Pododdziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej SP ZOZ w Mońkach:
 - 1) przez lekarzy posiadających specjalizację z zakresu chirurgii ogólnej,
 - 2) przez lekarzy w trakcie specjalizacji z chirurgii ogólnej, udzielających świadczeń pod nadzorem lekarza specjalisty,oraz udzielanie świadczeń lekarskich w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z łózkami leczenia bólu i Pododdziałem chirurgii urazowo-ortopedycznej i Bloku Operacyjnym z salą nadzoru poznieczuleniowego (wybudzeń) SP ZOZ w Mońkach, po godzinach normalnej ordynacji.

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 pracyw tym w SP ZOZ w Mońkach.....
6. Proponuję należność finansową w wysokości:
 - 1) % (słownie:) wartości środków finansowych otrzymanych z NFZ za wykonywanie świadczeń medycznych w zakresie chirurgii,
 - 2) złotych brutto (słownie:złotych brutto) za każdą godzinę udzielania świadczeń po godzinach normalnej ordynacji.
7. Świadczenia będą wykonywane w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

.....
data
* niepotrzebne skreślić

.....
czytelny podpis oferenta

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, szkolenia itp.
3. Potwierdzenie z Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych o rozpoczętej specjalizacji.
4. Zaświadczenie o wpisie do właściwego rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego wpisu lub oświadczenie o dostarczeniu wpisu najpóźniej w dniu podpisania umowy.
5. Zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub oświadczenie o dostarczeniu wpisu najpóźniej w dniu podpisania umowy
6. Prawo wykonywania zawodu.
7. Polisa ubezpieczeniowa lub stosowne oświadczenie o dostarczeniu polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy