

**Ankieta ofertowa na wykonywanie świadczeń lekarskich na rzecz osób uprawnionych  
do bezpłatnej opieki zdrowotnej**

Zgłaszam swoją ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju:

**LECZENIE SZPITALNE W ODDZIALE .....**

Adres udzielania świadczeń:

.....

Oferent:

.....

Forma organizacyjna:

.....

Świadczenia z zakresu:

.....

Adres do korespondencji, nr telefonu:

.....

NIP ..... REGON .....

Nr wpisu do rejestru do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....

Nazwa Banku, nr Konta :

.....

Proponowana cena brutto:

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach 8.00-15.00 w  
wysokości ..... miesięcznie.

2. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach 15.00-8.00 oraz w dni  
wolne, świąteczne, soboty i niedziele w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego w  
wysokości ..... za godzinę.

3. Za koordynację pracy Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy..... miesięcznie.

4. Za koordynację pracy Oddziału Paliatywnego i Chemioterapii..... miesięcznie.

5. Za koordynację pracy Oddziału Paliatywnego Chemioterapii w okresie nieobecności w pracy

Koordynatora Oddziału Paliatywnego i Chemioterapii ..... miesięcznie.

Okres zawarcia umowy .....

.....  
/podpis oferenta/

Załączniki:

- Odpis dyplomu,
- Odpis specjalizacji,
- Odpis prawa wykonywania zawodu,
- Odpis wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- Osoby nie posiadające wpisy do rejestru składają zaświadczenie z Lubelskiej Izby Lekarskiej o złożonym wniosku,
- Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz ze szczegółowymi informacjami o warunkach konkursu,
- Decyzja ZUS w sprawie upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy,
- Oświadczenie oferenta o niekaralności za przestępstwa oraz w związku z wykonywaną pracą lekarza,
- Zaświadczenie od kierownika specjalizacji potwierdzające datę rozpoczęcia specjalizacji oraz posiadanie umiejętności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny,
- NIP,
- REGON,
- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- Polisa ubezpieczeniowa potwierdzająca zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienia na świadczenia zdrowotne (należy dostarczyć najpóźniej dniu obowiązywania umowy).