

**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 - SOR**

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 minimalna liczba godzin pracy miesięcznie.....

Proponowana maksymalna liczba godzin miesięcznie.....

Proponowana cena za godzinę pracy w dni powszednie, świąteczne i niedziele .....

za każdą udzieloną poradę lekarską prawidłowo sprawozdaną do NFZ (karta informacyjna SOR) .....

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 wpisów 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).