

**Ankieta ofertowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju
leczenie szpitalne**

Zgłaszam swoją ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju:

LECZENIE SZPITALNE W ODDZIALE

Adres udzielania świadczeń:

.....

Oferent:

.....

Forma organizacyjna:

.....

Adres do korespondencji, nr telefonu:

.....

NIP REGON

Nr wpisu 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, wolne, świąteczne soboty i niedziele w godzinach 8.00 – 8.00 dnia
następnego:-zł brutto za godzinę**

Okres zawarcia umowy

.....
/podpis oferenta/

Załączniki:

- kserokopia dyplomu,
- kserokopia specjalizacji,
- kserokopia prawa wykonywania zawodu,
- kserokopia 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).