

Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy  
13-100 Nidzica  
ul. Mickiewicza 23

**OFERTA – usługi lekarskie – leczenie szpitalne w ramach konkursu ogłoszonego w dniu 18 października 2019r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie**

..... w zawodzie .....

**I KIEROWNICTWA / KOORDYNACJI W ZAKRESIE \***

.....<sup>1</sup>

Imię .....

Nazwisko .....

PESEL .....

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej .....

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

Nr telefonu .....

Adres prowadzonej działalności gospodarczej

.....  
.....

Adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z adresem prowadzonej działalności gospodarczej ).....

.....  
.....

Numer rachunku bankowego

.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

.....

zgodnie ze wzorem umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie w siedzibie Udzielającego Zamówienia.
2. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
3. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną sumę gwarantowaną w wysokości ..... (zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC w terminie określonym we wzorze umowy).

<sup>1</sup> W przypadku złożenia oferty w zakresie kierownictwa lub koordynacji należy dołączyć propozycje działań organizacyjnych z wybranego zakresu oraz nowoczesnych rozwiązań zarządczych.

4. Deklaruje minimalną liczbę:

- a) ..... miesięcznie wykonywania świadczeń zdrowotnych w systemie normalnej ordynacji w .....,
- b) ..... godzin miesięcznie wykonywania świadczeń zdrowotnych w systemie dyżurowym w .....

5. Proponuję wysokość stawki w kwocie:

- a) ..... zł brutto za wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji,
- b) ..... zł brutto za 1 godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w systemie dyżurowym,

6. Proponuję płatną przerwę w udzielaniu świadczeń w liczbie .....dni w roku, w tym na cele szkoleniowe .....dni w roku

ZAŁĄCZNIKI\*:

1. Kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej [...]
2. Kopia nadania nr REGON [...]
3. Kopia nadania numeru NIP [...]
4. Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, ukończenia szkoły i uzyskanie uprawnień zawodowych [...]
5. Kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłużeniu polisy [...]
6. Kserokopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do podjęcia świadczeń, wystawionego przez Lekarza Medycyny Pracy [...]
7. Oświadczenie, że w ostatnich pięciu latach:
  - nie było i aktualnie nie jest prowadzone przeciwko Oferentowi postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego,
  - Oferent nie został ukarany przez sąd dyscyplinarny,
  - przeciwko Oferentowi nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej,
  - przeciwko Oferentowi nie jest wszczęte postępowanie mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu – [...]

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w przesłanych dokumentach aplikacyjnych, przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy, 13-100 Nidzica, ul. Mickiewicza 23, zgodnie z przepisami zawartymi w ustawie z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.) oraz ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....  
data i podpis Oferenta

\* niepotrzebne skreślić

\*\* w przypadku gdy Udzielający Zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych załączników (aktualny), Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie/punktach ..... nie uległy zmianie i znajdują się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia