

Załącznik nr 3 do zarządzenia  
Nr 62/2017  
Dyrektora Instytutu Psychiatrii i  
Neurologii w Warszawie  
z dnia 14.11.2017r.

Warszawa, dnia.....

**Instytut Psychiatrii i Neurologii**  
**ul. Sobieskiego 9,**  
**02-957 Warszawa**

### O F E R T A

na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie **neurochirurgii obejmujących wykonywanie w szczególności zabiegów endowaskularnych (50-100 zabiegów rocznie) oraz zabiegów operacyjnych w leczeniu anomalii naczyniowych.**

Imię .....

Nazwisko .....

PESEL .....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji).....

Nr dokumentu specjalizacji.....

Nr księgi rejestrowej w rejestrze indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich

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

Nr telefonu .....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania) .....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie **neurochirurgii** zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

## OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz postanowieniami określonymi we wzorze umowy i je akceptuje.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia w siedzibie Instytutu Psychiatrii i Neurologii
3. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
4. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości .....(Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC w terminie określonym we wzorze umowy.)\*
5. Oświadcza iż IPiN **nie rozwiązał** z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
6. **W ramach świadczenia:**
  - a) deklaruje minimalną .... oraz maksymalną..... liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych przeciętnie w miesiącu,
  - b) proponuje wynagrodzenie w wysokości zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu.
7. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr ..... do nr.....
8. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem udzielał przez okres.....lat/miesiący i zobowiązuje się do okazania za żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających treść oświadczenia.

## ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczony wydruk z CEIDG/ poświadczona kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej- zał. nr 1,
2. Poświadczona kopia nadania NIP - zał. nr 2,
3. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanych kwalifikacji, w tym specjalizacji (dyplom ukończenia szkoły, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji w dziedzinie ....., oraz dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe - zał. nr ....., ....., itd.),

4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia - zał. nr3,
5. Kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy - zał. nr 4

\* niepotrzebne skreślić

Warszawa dnia.....

.....  
Podpis oferenta