

Załącznik nr 3 do zarządzenia
Nr 78/2017
Dyrektora Instytutu Psychiatrii i
Neurologii w Warszawie
z dnia 12.12.2017r.

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 dyżurów medycznych neurochirurgicznych (lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu neurochirurgii) w Klinice Neurochirurgii**

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 **dyżurów medycznych(lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu neurochirurgii) w Klinice 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 liczbęh / miesiąc;
 - b) Stawka brutto za dyżur :..... 100%
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

