

Załącznik nr 3 do zarządzenia
Nr 21/2018
Dyrektora Instytutu Psychiatrii i
Neurologii w Warszawie
z dnia 21.03.2018r.

Warszawa, dnia.....

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

O F E R T A

na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie **radiologii i diagnostyki obrazowej**

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 specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie **radiologii i diagnostyki obrazowej** wraz z wykonywaniem czynności związanych z koordynowaniem/kierowaniem pracy zakładu radiologii IPiN 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) Deklaruję minimalną liczbę godzin pracy udzielania świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienie jednak nie mniej niż 25 godzin w każdym tygodniu
 - b) Zryczałtowane wynagrodzenie w wysokości zł brutto miesięcznie z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienie i wykonywania czynności związanych z koordynowaniem/kierowaniem pracy zakładu radiologii IPiN
 - c) deklaruję cenę za opis badania: (oferent musi wpisać cenę opisu min. jednego z poniższych badań, dopuszczalne jest złożenie oferty na wszystkie poniższe badania):
 - RTGzł brutto
 - i/lub*
 - CT.....zł brutto
 - i/lub*
 - NMR... zł brutto
 - i/lub*
 - USG zł brutto.

Opis badania nastąpi w dniu wykonywania badania.

7. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr do nr.....
8. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem udzielał przez okres.....lat/miesiący .

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

