

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

Imię

Nazwisko

PESEL.....

Zawód

Nr prawa wykonywania zawodu.....

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

Nr dokumentu specjalizacji

Nr księgi rejestrowej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

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 zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

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. IPiN **nie rozwiązał** z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania z winy oferenta;

6. w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych:

- a) deklaruje minimalną liczbę/miesiąc,
- b) proponuje wynagrodzenie w wysokości:
 - stawka za 1 h pracy (godziny przedpołudniowe) - zł
 - stawka za przeprowadzenie zabiegu (% od wyceny procedury, % od wyceny procedury po odliczeniu kosztów użytych materiałów) -%
 - stawka za dyżur - zł
 - stawka za przyjazd i wykonanie zabiegu podczas dyżuru (% od wyceny procedury, % od wyceny procedury po odliczeniu kosztów użytych materiałów) -%
 - stawka za dyżur pod telefonem - zł
 - Stawka za przyjazd i wykonanie zabiegu podczas dyżuru pod telefonem (% od wyceny procedury, % od wyceny procedury po odliczeniu kosztów użytych materiałów) -%
7. zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami dołączonymi do formularza Oferty – liczba załączników: ;
8. świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem udzielał przez okres.....lat/miesiący i zobowiązuje się do okazania dokumentów potwierdzających treść oświadczenia.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczony wydruk z CEIDG/ poświadczona kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej,
2. Poświadczona kopia nadania NIP,
3. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza bez ograniczeń i posiadanych kwalifikacji, w tym specjalizacji (dyplom ukończenia szkoły, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji II° lub specjalizacja w dziedzinie rentgenodiagnostyki lub neurochirurgii lub neurologii oraz dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe itd.),
4. Zaświadczenie o niekaralności,
5. Zaświadczenie o odbyciu kursu ochrony radiologicznej,
6. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia,
7. Kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy.

* niepotrzebne skreślić

Warszawa, dnia.....

.....
Podpis oferenta

