

Warszawa, dnia.....

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

## O F E R T A

### zakresie dyżurów medycznych neurochirurgicznych w Klinice Neurochirurgii

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. IPIŃ **nie rozwiązał** z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania z winy oferenta;
  1. **W ramach świadczenia:**
    - a) deklaruje minimalną liczbę .....h / miesiąc;
    - b) proponuje wynagrodzenie w wysokości.....% podstawy naliczania wynagrodzenia.
    - c) Cena brutto:..... za 1 h dyżuru.
  2. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr ..... do nr.....
  3. 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,
2. Poświadczona kopia nadania NIP,
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 itd.),
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia,
5. Kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy.

\* niepotrzebne skreślić

Warszawa, dnia.....

.....  
*Podpis oferenta*