

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 anestezjologii i intensywnej terapii

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 liczbęh/miesiąc,
 - b) cena brutto.....za 1 h dyżuru.
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 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