

**FORMULARZ OFERTY DO KONKURSU OFERT  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO W ZAKRESIE  
zabezpieczenie opieki pielęgniarskiej**

**nr sprawy 7/2014**

w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr A. Pawelca ul. Bracka 13, 44-300 Wodzisław Śląski

**I. Oświadczenie oferenta:**

Oświadczam, że w terminie nie przekraczającym 7 dni od daty podpisania umowy udokumentuję zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na kwotę nie niższą niż na wysokość minimalną określoną w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

**II. Dane oferenta:**

Nazwa Oferenta: .....

nr prawa wykonywania zawodu .....

Adres: ulica ..... nr .....

Kod pocztowy : ..... Miejscowość: .....

Adres siedziby działalności : ulica ..... nr .....

Kod pocztowy ..... miejscowość .....

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

Nr wpisu do rejestru: .....

Nr NIP .....REGON .....

**Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych:**

.....

.....

..... Liczba osób udzielających określonych usług med.

.....

.....

**Dane do korespondencji** ( w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta jw.):

Kod pocztowy : ..... miejscowość: .....

Ulica : ..... nr .....

Telefon kontaktowy: ..... adres e-mail: .....

**III. Proponowana kwota należności za realizację świadczenia oraz ich zakres:**

**Cena brutto za 1 h dyżuru:** .....

**IV. Termin świadczenia usług:** oferuję zawarcie umowy o udzielenie świadczenia zdrowotnego we wskazanym powyżej zakresie **od dnia 01.01.2015 do dnia 31.12.2015**

**V. Proponowany sposób zabezpieczenia ciągłości świadczeń w trakcie nieobecności oferenta:**

.....

.....  
dnia .....

.....  
Czytelny podpis Oferenta

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY\***

1. kserokopia polisy ubezpieczeniowej lub oświadczenie o dostarczeniu kopii polisy ubezpieczeniowej w dniu podpisania umowy,
2. wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzający aktywny status wpisu prowadzonej działalności gospodarczej
3. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
4. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe
5. dyplom ukończenia szkoły medycznej
6. prawo wykonywania zawodu
7. dyplomy specjalizacji, stopnie i tytuły naukowe
8. oświadczenie (załącznik nr 1 do formularza oferty).

(\* ) niepotrzebne skreślić