

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

**pełnienie dyżurów medycznych**

w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr A. Pawelca ul. Bracka 13, 44-300 Wodzisław Śląski,  
nr sprawy 9/2014

**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 \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_

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

.....  
.....  
dnia .....

.....  
Czytelny podpis Oferenta

### **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY\***

1. oświadczenie (załącznik nr 1 do formularza oferty)
2. Kserokopia polisy ubezpieczeniowej lub oświadczenie o dostarczeniu kopii polisy ubezpieczeniowej w dniu podpisania umowy,
3. wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzający aktywny status wpisu prowadzonej działalności gospodarczej<sup>1</sup>
4. wydruk Księgi Rejestrowej prowadzonej przez Okręgową Radę Lekarską,
5. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy (nie dotyczy pracowników WSCP)
6. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe Przyjmującego zamówienie:
  - dyplom ukończenia Akademii Medycznej/ Uniwersytetu Medycznego
  - prawo wykonywania zawodu,
  - dyplom specjalizacji, stopnie i tytuły naukowe,
  - inne dokumenty potwierdzające uprawnienia do świadczenia usług będących przedmiotem zamówienia.

(\*) niepotrzebne skreślić

<sup>1</sup> Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Polskiej jest dostępny do pobrania na stronie internetowej WWW. Firma.gov.pl