

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Dane oferenta

A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego.....

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych nr KRS.....

NIP REGON

Pełnomocnik kontakt tel. e-mail

B. Oferta indywidualna – indywidualna działalność lecznicza

Imię i nazwisko telefon.....

e-mail.....tel

adres: kod..... miejscowość.....

ulica.....nr.....

PESEL NIP

REGON..... Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych

.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nazwa indywidualnej praktyki lekarskiej

.....

Specjalizacja (*nazwa , stopień i data uzyskania*)

Do Dyrekcji
Szpitala Specjalistycznego im. Henryka
Klimontowicza w Gorlicach

W związku z ogłoszeniem Szpitala Specjalistycznego im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach w sprawie konkursu ofert - niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Specjalistycznym im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach **w zakresie świadczeń lekarskich w Poradni Lekarza Rodzinnego POZ.**

I. Proponuję następujące warunki udzielania świadczeń zdrowotnych:

Oferuję wykonanie usług objętych przedmiotowym postępowaniem w zakresie usług lekarskich za:

<i>Lp.</i>	<i>Zakres świadczeń</i>	<i>Cena za 1 godzinę (w zł)</i>
1	Usługi lekarskie w Poradni Lekarza Rodzinnego POZ	

Inne informacje, które oferent chce przekazać Udzielającemu zamówienia w związku ze składaniem niniejszej oferty

.....

IV. Do oferty załączam dokumenty tj.:

1. wypis z rejestru podmiotów leczniczych
2. wypis z KRS
3. wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich - zaktualizowany
4. wpis do ewidencji działalności gospodarczej
5. dyplom lekarza
6. prawo wykonywania zawodu
7. lista osób świadczących usługi w ramach podmiotu (łącznie z dokumentami poświadczającymi kwalifikacje-prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów medycznych)

**Oświadczam, że nie załączam dokumentu wymienionego w pkt.:
 ponieważ aktualne dokumenty są w posiadaniu
 Szpitala Specjalistycznego im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach.**

Dodatkowo zobowiązuję się:

- przedłożyć do wglądu w Dziale Organizacji i Nadzoru oryginały dokumentów wymienionych w dziale IV w celu potwierdzenia ich zgodności,
- niezwłocznie dostarczyć kopię ww. zaświadczeń w przypadku ich zmiany lub przedłużenia terminów ich ważności.

*niepotrzebne skreślić

.....
 podpis i pieczęćka OFERENTA

Oferty złożone po terminie składania ofert nie będą rozpatrywane.

Gorlice, 2022 r.

O Ś W I A D C Z E N I E O F E R E N T A

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy (klauzule RODO dostępne na stronie internetowej Szpitala).

Gorlice, 2022 r.

.....
Podpis i pieczęć Oferenta