

## 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 Specjalistycznego im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach **w zakresie świadczeń lekarskich w Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej POZ w Gorlicach i Grybowie**

I. Proponuję następujące warunki udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od godz. 18.00 do godz. 7.00, w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.00 do 7.00.

**Deklarowana miesięczna liczba dyżurów w miesiącu .....**

2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych wg planu ustalonego przez Koordynatora SOR.

3. Proponowana kwota odpłatności za udzielanie świadczeń zdrowotnych:
- kwota ..... zł za 1 godzinę w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od godz. 18.00 do godz. 7.00,
  - kwota ..... zł za 1 godzinę poza godzinami w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.00 do 7.00.

**II. Oświadczam, że:**

- Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert oraz ze szczegółowymi warunkami przeprowadzenia konkursu i materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu.
- Zapoznałam/łem się z warunkami projektu umowy na udzielanie świadczeń objętych konkursem ofert i nie wnoszę uwag\*/wnoszę następujące uwagi

.....  
.....  
.....

- Posiadam aktualne dokumenty stanowiące podstawę zawarcia umowy.
- Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach najpóźniej w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia, następujących dokumentów:
  - umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej zgodnie z przepisami,
  - aktualnego zaświadczenia lekarskiego z przeprowadzonych badań profilaktycznych, stwierdzającego brak przeciwwskazań do wykonywania zadań objętych postępowaniem konkursowym,
  - zaświadczenia o odbyciu szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

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

.....  
.....  
.....

**IV. Do oferty załączam dokumenty tj.:**

- wypis z rejestru podmiotów leczniczych
- wypis z KRS
- wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich - zaktualizowany
- wpis do ewidencji działalności gospodarczej
- dyplom lekarza
- prawo wykonywania zawodu
- 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 pieczętka OFERENTA

Oferty złożone po terminie składania ofert nie będą rozpatrywane.

Gorlice, ..... 2022 r.

**Załącznik nr 2**  
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

## **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 pieczętka Oferenta