

FORMULARZ OFERTOWY**KONKURS OFERT NR 3/2024
W PAŁUCKIM CENTRUM ZDROWIA SP. Z O. O. W ŻNINIE**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarz specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej

1. Dane oferenta:

Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania			
Nazwa wykonywanej praktyki/ Nazwa podmiotu działalności lecniczej			
Adres siedziby <i>(jeżeli jest inny niż zamieszkania)</i>			
REGON			
NIP			
KRS			
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			
DANE REJESTROWE <i>(wypełnić zgodnie z rejestrem – jeżeli dotyczy)</i>			
Nr wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej			
Organ rejestrujący		Data ostatniej aktualizacji	
Nr wpisu do rejestru RPWDL			
Organ rejestrujący		Data ostatniej aktualizacji	
Nazwa banku i nr konta bankowego			

2. Kwalifikacje oferenta:

Nr dyplomu	
Nr prawa wykonywania zawodu	
Dyplom specjalizacji/ karta specjalizacji w dziedzinie	

3. Oferta cenowa.

W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oferuję następującą stawkę za 1 opis badania : zł brutto
---	-----------------

Załączniki*,**:

- dplom ukończenia studiów,**
- prawo wykonywania zawodu lekarza,**
- dplom specjalizacji,**
- certyfikaty z posiadanych dodatkowo odbytych kursów i szkoleń,**
- zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (**RPWDL**);
- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ wydruk z **CEIDG**,
- aktualna **polisa ubezpieczeniowa,**
- orzeczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych/ lub oświadczenie o dostarczeniu do dnia podpisania umowy,**
- orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych** lub książeczkę zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych,
- zaświadczenie o szczepieniu przeciwwirusowemu zapaleniu wątroby,**
- Oświadczenia Oferenta (załącznik nr 2 do SWKO)**
-
-
-
-
-

* właściwe oznaczyć znakiem X

** Przed uzupełnianiem załączników należy zapoznać się z częścią V ust. 6 w SWKO

miejsowość, data

czytelny podpis Oferenta