

# FORMULARZ OFERTOWY

## KONKURS OFERT NR 3/2025 W PAŁUCKIM CENTRUM ZDROWIA SP. Z O. O. W ŻNINIE

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

### 1. Dane oferenta:

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

### 2. Kwalifikacje oferenta:

<b>Nr dyplomu</b>	
<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>	
<b>Dyplom specjalizacji/ karta specjalizacji w dziedzinie</b>	

3. Oferta cenowa.

	Stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godz. 7:00 – 15:00 od poniedziałku do piątku	..... zł
	W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oferuję następującą stawkę za <b>1 godzinę</b> w dni powszednie oraz w sobotę, niedzielę i dni świąteczne:	..... zł
	Stawka za wezwanie lekarza do zabiegu poza godzinami wynikającymi z harmonogramu pracy w dni powszednie oraz w soboty, niedziele i dni świąteczne:	..... zł

\* właściwe oznaczyć znakiem X

4. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń w ramach czasu

	podstawowego w wysokości równej iloczynowi dni roboczych w danym miesiącu przez	..... h/ m-c
	pełnienia dyżurów w dni powszednie, w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy w ilości określonej w harmonogramie udzielania świadczeń.	

\* właściwe oznaczyć znakiem X

Załączniki\*,\*\*:

- dyplom ukończenia studiów,
- prawo wykonywania zawodu lekarza,
- dyplom 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 z rejestru sprawców przestępstw na tle seksualnym,
- Oświadczenia Oferenta (załącznik nr 2 do SWKO)
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

\* właściwe oznaczyć znakiem X

\*\* Przed uzupełnianiem załączników należy zapoznać się z częścią V w SWKO

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Oferenta