

FORMULARZ OFERTOWY

KONKURS OFERT NR 4/2025
W PAŁUCKIM CENTRUM ZDROWIA SP. Z O. O. W ŻNINIE

na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

1. Dane oferenta:

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

2. Kwalifikacje oferenta:

Nr prawa wykonywania zawodu		Data uzyskania	
Dyplom specjalizacji/ karta specjalizacji w dziedzinie		Data uzyskania	

3. Oferta cenowa.

Proponowana stawka brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie (od poniedziałku do piątku) w godz. 7.00 – 15.00	 zł
---	----------

	Proponowana stawka brutto za godzinę dyżuru lekarskiego w dni powszednie (od poniedziałku do piątku) w godzinach od 15:00 do 7:00 dnia następnego	 zł
	Proponowana stawka brutto za godzinę dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta w godzinach od 7:00 do 7:00 dnia następnego.	 zł
	Udział w transporcie pacjenta do innego szpitala:	 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

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 2a do SWKO)**
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

* właściwe oznaczyć znakiem X

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

miejscowość, data

czytelny podpis Oferenta