

FORMULARZ OFERTOWY

**KONKURS OFERT NR 6/2025
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 RTG :	 zł brutto
W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oferuję następującą stawkę za 1 opis badania TK¹ :	 zł brutto
W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oferuję następującą stawkę za 1 opis badania USG :	 zł brutto
W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oferuję następującą stawkę za 1 przyjazd:	 zł brutto

¹ **Opis badania TK** w rozumieniu – pojedyncze badanie dotyczące jednej okolicy anatomicznej ustalonej zgodnie z regułami sztuki medycznej, które stanowią: głowa, szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kręgosłup, kończyna górna z podziałem na odcinki anatomiczne, kończyna dolna z podziałem na odcinki anatomiczne z podziałem na okolice anatomiczne (kręgosłup szyjny, piersiowy, lędźwiowy)

Załączniki*, **:.

- ☐ **dypłom ukończenia studiów,**
- ☐ **prawo wykonywania zawodu lekarza,**
- ☐ **dypłom 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**
- ☐ **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

miejscowość, data

czytelny podpis Oferenta