

O F E R T A

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Pracowni Diagnostyki Bronchologicznej MCLChPiG (ogłoszenie nr 24/2025).

Dane Oferenta:

Imię, nazwisko i adres Oferenta:

.....

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza:

Numer wpisu do właściwego rejestru (Izby Lekarskiej):

REGON:

NIP:

Nr tel.

e-mail:

Proponowany wymiar czasu pracy (ilość godzin/miesiąc):

Proponowane kwoty za świadczenie usług medycznych:

1. zł brutto – stawka za 1 godzinę świadczenia usług

.....
data i podpis Oferenta

W załączeniu do oferty przedkładam kopie następujących dokumentów:

1. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
2. dokumenty potwierdzające kwalifikacje do wykonywania świadczeń zdrowotnych: prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe, dyplomy potwierdzające ukończenie specjalizacji w zakresie, zaświadczenia potwierdzające odbycie kursów i szkoleń mających zastosowanie przy udzielaniu określonych świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert,
3. polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w oferowanym zakresie na okres obowiązywania umowy lub oświadczenia oferenta, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy zgodnie z obowiązującymi

- w tym zakresie przepisami prawa,
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnej/specjalistycznej praktyki lekarskiej w OIL w

.....
data i podpis Oferenta

Oświadczenie oferenta

Niniejszym oświadczam, że:

- a) zapoznałem/łam się i akceptuję treści pisemnego ogłoszenia o konkursie, projekt umowy, warunki dotyczące oferty i oferenta,
- b) będę związany/a ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert,
- c) oświadczam, że nie byłem/am karany/a, w tym za przewinienia zawodowe,
- d) wszystkie załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
pieczęć i podpis Oferenta