

O F E R T A

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w MCLChPiG w Otwocku w ramach pełnienia dyżurów medycznych (ogłoszenie nr **28/2025**).

Dane Oferenta:

Imię, nazwisko i adres Oferenta:

Nr tel.

e-mail:

NIP:

REGON:

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza:

Numer wpisu do właściwego rejestru (Izby Lekarskiej):

Proponowana minimalna ilość godzin udzielania świadczeń w miesiącu:

Proponowana stawka:

- zł za 1 godzinę świadczenia usług poza godzinami podstawowej ordynacji dziennej (dyżur),
- zł za 1 godzinę świadczenia usług poza godzinami podstawowej ordynacji w dzień świąteczny (dyżur w soboty, niedziele, dni świąteczne).

.....
data i podpis Oferenta

W załączeniu do oferty przedkładam kopie następujących dokumentów:

1. 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,

2. 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,
3. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnej/specjalistycznej praktyki lekarskiej w OIL w

.....
data i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

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

.....
data i podpis Oferenta