



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

Załącznik Nr 3 do Warunków konkursu ofert
Łuków, dnia2019 r.

O F E R T A NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKŁADZIE DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ SPZOZ W ŁUKOWIE

I. DANE OFERENTA	
1. Nazwa praktyki	
2. Adres	
3. Imię i nazwisko	
4. Nr prawa wykonywania zawodu..... (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię)	
5. NIP.....	6. PESEL
7. Adres e –mail	
8. Numer telefonu	
9. posiadana specjalizacja z określeniem stopnia (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię) kursy:	
10. siedziba OIL i nr wpisu praktyki lekarskiej (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię) OIL w nr	
II. OŚWIADCZENIE Oświadczam, że: 1. zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia, regulaminem komisji konkursowej, szczególnymi warunkami konkursu ofert, i przyjmuję je bez zastrzeżeń, 2. zapoznałam/em się z projektem Umowy – Kontraktu i zobowiązuje się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez SPZOZ, 3. zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i przedstawienia jej SPZOZ w Łukowie do dnia zawarcia umowy.	



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

(podpis oferenta)



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

III. OFERTA SZCZEGÓŁOWA

Oferuję wykonywanie – udzielanie świadczeń w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej SPZOZ w Łukowie, na warunkach:

Badania i opisy jak poniżej:

proponowana liczba godzin tygodniowo

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń:

1) zakres: RTG pacjenta

- zł za opis zdjęć pacjenta (niezależnie od liczby ekspozycji)

2) zakres: TK bez kontrastu

- zł za badanie z opisem

3) zakres: TK z kontrastem

- zł za badanie z opisem

4) zakres: TK bez kontrastu i po podaniu kontrastu

- zł za badanie z opisem

5) zakres: TK politrauma

- zł za badanie z opisem

6) zakres: usg doppler tętnic szyjnych i kregowych

- zł za badanie z opisem

7) zakres: usg doppler przezczaszkowy

- zł za badanie z opisem

8) zakres: usg doppler inne naczynia

- zł za badanie z opisem

9) zakres: usg jamy brzusznej

- zł za badanie z opisem

10) zakres: usg piersi

- zł za badanie z opisem

11) zakres: usg stawów kolanowych i dolów podkolanowych

- zł za badanie z opisem

12) zakres: usg pozostałe

- zł za badanie z opisem

13) zakres: opis badania mammograficznego

- zł za badanie z opisem

14) zakres: badanie echokardiograficzne

- zł za badanie z opisem



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

.....
(podpis oferenta)



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

ZAŁĄCZNIKI:

1. zaświadczenie o wpisie indywidualnej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej do rejestru podmiotów wykonującej działalność leczniczą,
2. zaświadczenie o wpisie indywidualnej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk z systemu CEIDG),
3. dokumenty potwierdzające kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza tj.:
 - a) prawo wykonywania zawodu lekarza,
 - b) dyplom lekarza,
 - c) dyplom uzyskania specjalizacji,
 - d) potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji, 1 i 2 strona Karty specjalizacji
 - e) dyplom uzyskania stopnia/tytułu naukowego, inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności –w przypadku ich posiadania
4. aktualna polisa OC lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy,
5. aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy/zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy i zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych w SPZOZ w lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy,
6. aktualne zaświadczenie ukończenia szkolenia w dziedzinie BHP lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia w chwili podpisania umowy.

.....
(podpis oferenta)

Oświadczam, że dane i dokumenty z poprzednio zawartego kontraktu nie uległy zmianie i są aktualne w stosunku do przedstawionej oferty w niniejszym konkursie. Wnoszę o uwzględnienie moich dokumentów z poprzedniego kontraktu do złożonej przeze mnie oferty.*

.....
(podpis oferenta)

* wypełnić jeśli Oferent posiadał poprzednio kontrakt z SPZOZ.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie
