



# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

Załącznik Nr 2 do Warunków konkursu ofert  
Łuków, dnia .....2019 r.

## O F E R T A NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁUKOWIE

<b>I. DANE OFERENTA</b>
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 Izby i nr wpisu praktyki (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię) Izba w ..... nr .....
<b>II. OŚWIADCZENIE</b> Oświadczam, że: 1. zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia, regulaminem komisji konkursowej, szczególnymi warunkami konkursu ofert, i przyjmuję je bez zastrzeżeń, 2. zapoznałam/em z projektem Umowy – Kontraktu i zobowiązuje się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez SPZOZ, 3. zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i przedstawienia jej SPZOZ w Łukowie do dnia zawarcia umowy.  ..... (podpis oferenta)



# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

## III. OFERTA SZCZEGÓŁOWA

**Oferuję wykonywanie – udzielanie świadczeń w SPZOZ w Łukowie, na warunkach:**

1. zakres .....

- ..... zł za .....

proponowana liczba godzin tygodniowo .....

proponowana liczba dyżurów miesięcznie: .....

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń: .....

.....

2. zakres .....

- ..... zł za .....

proponowana liczba godzin tygodniowo .....

proponowana liczba dyżurów miesięcznie: .....

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń: .....

.....

3. zakres .....

- ..... zł za .....

proponowana liczba godzin tygodniowo .....

proponowana liczba dyżurów miesięcznie: .....

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń: .....

.....

4. zakres .....

- ..... zł za .....

proponowana liczba godzin tygodniowo .....

proponowana liczba dyżurów miesięcznie: .....

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń: .....

.....

.....  
(podpis oferenta)



## Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

### ZALĄCZNIKI:

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.