



# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

Załącznik Nr 2 do Warunków konkursu ofert  
Łuków, dnia .....2024 r.

## O F E R T A NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ 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. REGON .....
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/Umowy - Zlecenie 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

## 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.
7. aktualnego zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego (w tym przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności), w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego

.....  
(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.

