



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

Załącznik Nr 2 do Warunków konkursu ofert
Łuków, dnia2024 r.

OFERTA 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
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 z projektem Umowy – Kontraktu/Umowy - Zlecenie i zobowiązuje się do jej podpisania na zaofferowanych 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.
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.

