

Dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- *Lekarz POZ*
- *Pielęgniarka POZ*
- *Fizjoterapeuta*

FORMULARZ OFERTOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
w formie umowy cywilno - prawnej:

.....
(wpisać odpowiedni zakres zgodnie ze "Szczegółowymi warunkami konkursu" i rodzaj umowy)

Firma przedsiębiorcy

Imię i nazwisko:

NIP:

TELEFON:.....

Specjalizacja i stopień:

Nr prawa wykonywania zawodu:

Oferowana stawka za 1 godzinę pracy

Deklarowana ilość godzin tygodniowo, oraz dni tygodnia w godzinach od...do...

Do oferty załączam kopie:

1. Indywidualna praktyka lekarska/pielęgniarska/fizjoterapeuty

- Dyplom lekarza/pielęgniarki/fizjoterapeuty
- Prawo wykonywania zawodu
- Dyplom specjalizacji (dokumenty kwalifikacyjne)
- Odpis wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
- Odpis wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich w OIL
- Decyzję ZUS w sprawie upoważnienia do wystawiania druków L-4
- REGON
- NIP
- Umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej- zgodnie z warunkami SWKO

2. Umowa zlecenie:

- Dyplom lekarza/pielęgniarki/fizjoterapeuty
- Prawo wykonywania zawodu
- Dyplom specjalizacji(dokumenty kwalifikacyjne)

3. Ilość stron oferty

.....
data, pieczęć i podpis Oferenta

Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym postępowaniu konkursowym nie rozwiązano ze mną umowy na świadczenia zdrowotne (zawarte na podstawie ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku, art. 26, 26a i 27 (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.) z mojej winy, w związku z nienależytym wykonywaniem przeze mnie zobowiązania.

.....

(miejsce i data)

.....

(Imię i nazwisko, pieczęć)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem się (zapoznałam się) i nie zgłaszam zastrzeżeń do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”.

.....
(miejsce i data)

.....
(Imię i nazwisko, pieczęć)