#### OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

**(na oddziały szpitalne – IOM , Chirurgiczny, Chirurgiczno – urazowo- ortopedyczny, pediatryczny, położniczo - ginekologiczny )**

**1. Dane oferenta**

A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego.................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................................................

Nr wpisu do rejestru zoz................................. nr KRS..........................................

*B. Oferta indywidualna – praktyka zawodowa*

**Imię i nazwisko** .......................................................................................... telefon........................................ e-mail....................................................

 adres: kod.........................miejscowość.................................................................. ulica.......................................................................................nr...............................

PESEL ...................................................... NIP ................................................

REGON..............................................

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej ...........................................................................................................

Nr prawa wykonywania zawodu………………………………………………………………………

Nr indywidualnej praktyki lekarskiej ....................................................................

Specjalizacja *(nazwa , stopień i data uzyskania)* .........................................................................................................................

**2. Zakres świadczeń**

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

...................................................................................................................................................................................

w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mławie

06-500 Mława, ul. Anny Dobrskiej 1, w ramach umowy kontraktowej .

**Deklaruję gotowość:**

 **- świadczenia usług w godzinach 800 - 1500** ( do 130 godzin miesięcznie)

**w ramach normalnej ordynacji**, wg miesięcznego harmonogramu ustalanego

 z ordynatorem oddziału ,

- **dyżurów oddziałowych** zatwierdzonych przez Dyrektora

***Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej w wersji papierowej i elektronicznej.***

**3. Oferta cenowa**

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości :

............................ zł (brutto)za godzinę świadczenia usługi

………………………………………………………………………………….

**4. Termin świadczenia usług**

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

od dnia ........................................... do dnia............................................................

**5. Dodatkowe warunki**

Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu należącego do mnie sprzętu i aparatury medycznej w postaci:

a) .............................................................................................................................

b)..............................................................................................................................

c)..............................................................................................................................

**6. Oświadczenie**

1.Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

2. Oświadczam, że pracuję w:

a. ................................................................................................................................................ na podstawie stosunku pracy\*, umowy cywilno-prawnej\*, w dniach i godzinach: .....................................................................................................................................

b. ................................................................................................................................................... na podstawie stosunku pracy\*, umowy cywilno-prawnej\*, w dniach i godzinach: .....................................................................................................................................

c. ................................................................................................................................................... na podstawie stosunku pracy\*, umowy cywilno-prawnej\*, w dniach i godzinach: .....................................................................................................................................

……………dnia…………… ...........................................

 *Podpis oferenta*

*ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY\*:*

1/ wpis do rejestru zoz

2/ wypis z KRS

3/ wpis do rejestru prywatnych praktyk lekarskich

4/ wpis do ewidencji działalności gospodarczej

5/ nadanie numeru REGON

6/ nadanie numeru NIP

7/ dyplom lekarza

8/ prawo wykonywania zawodu

9/ ......... dyplomy specjalizacji lub opinia kierownika specjalizacji jeśli oferent jest w trakcie specjalizacji

10/ przebieg pracy zawodowej

11/ oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem składek ZUS

12/ oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem podatku

13/ oświadczenie o niekaralności

14/ polisa ubezpieczeniowa oc

15/aktualne zaświadczenie lekarza medycyny pracy

16/aktualne szkolenie bhp

17/oświadczenie zleceniobiorcy

\* *niepotrzebne skreślić*