

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Polanowie

W odpowiedzi na ogłoszenie składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....

Dane oferenta:

1. Indywidualna praktyka pod nazwą:

.....

2. NIP nr REGON nr

3. Zawód:specjalność:

4. Data uzyskania dyplomu i nazwa uczelni / szkoły

.....

5. Nr rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą OIL/OIPiP**

a) Praktyki Lekarskiej.....

b) Praktyki pielęgniarskiej / położniczej.....

6. Nr ewidencji działalności gospodarczej i nazwa organu dokonującego wpisu:

.....

7. Kwota proponowanego wynagrodzenia za realizację umowy:

Kwota słownie:

8. Określenie sposobu finansowania badań diagnostycznych będących pochodną pracy, także innych kosztów rzeczywistych poniesionych w związku z bezpośrednią realizacją umowy lekarza Poradni chirurgicznej / lekarza Poradni położniczo – ginekologicznej*

.....

.....

.....

.....

9. Proponowany czas trwania umowy:

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem/am się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz z projektem umowy, której postanowienia w całości akceptuję

Oświadczam, że posiadam-letnie doświadczenie zawodowe w wykonywaniu świadczeń w zakresie, o które się ubiegam.

.....

Data i czytelny podpis oferenta

Do oferty dołączam następujące dokumenty, zaświadczenia i oświadczenia:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)

Pozostałe wymagane dokumenty znajdują się w zasobach ZOZ Polanów.

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć firmowa i podpis oferenta

*niepotrzebne skreślić

** na podstawie art. 104 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej