

Załącznik Nr 1

do Szczegółowych Warunków Konkursu ofert w zakresie:
- wykonywania czynności lekarza oddziału chirurgicznego

Oferta

Dane oferenta

Nazwa i siedziba zakładu lub imię i nazwisko

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

Adres

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

Numer wpisu do Rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich

.....

Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

.....

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalach Tczewskich Spółce Akcyjnej (dawniej Tczewskim Centrum Zdrowia Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością), prowadzącą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej pod nazwą Szpital Powiatowy w Tczewie przy ul. 30 Stycznia 57/58 w zakresie:

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

Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków łączności Udzielającego Zamówienie lub aparatury i sprzętu medycznego oraz warunków lokalowych posiadanych przeze mnie niżej wymienionych (zależnie od rodzaju udzielanego świadczenia medycznego).

.....
.....

Przedstawiam imienny wykaz i kwalifikacje zawodowe osób zatrudnionych przeze mnie, które będą udzielały określonych świadczeń zdrowotnych:

.....
.....

Za realizację zamówienia oczekuję należności według poniższej kalkulacji:

Wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usługzł

Oferent oświadcza, że:

1. Posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych w zakresie objętym przedmiotem konkursu, które potwierdza stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłasza żadnych zastrzeżeń.

Data i podpis oferenta

.....

Załączniki* - kserokopie:

1. Odpis z rejestru indywidualnych praktyk lekarskich
2. Zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej
3. Dyplom ukończenia uczelni medycznej
4. Prawo wykonywania zawodu oferenta lub osób wykonujących usługi
5. Dokumenty potwierdzające uzyskane specjalizacje w zakresie świadczeń zdrowotnych objętych ofertą
6. Polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej
7. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
8. Decyzja o sprawie nadania numeru NIP
9. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
10. Aktualne zaświadczenie lekarskie
11. Inne – wymagane w warunkach konkursu ofert

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

* niepotrzebne skreślić