**Załącznik numer 1 do SWKO**

# …………………………………………..

*Pieczęć nagłówkowa*

*Przyjmującego zamówienie*

# **OFERTA**

na świadczenie usług zdrowotnych przez **lekarzy systemu**

1. **DANE O PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  **lub nazwa zakładu** | |  |
| **ADRES** | Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr domu/mieszkania |  |
| **NIP** | |  |
| **REGON** | |  |
| **Telefon** | |  |

**II. PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

2. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

…………..PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza systemu.

Inne:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **PERSONEL ZGŁOSZONY DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **PESEL** | **PWZ** | **Specjalizacja** | **Średniotygodniowy czas pracy** | **Nr telefonu** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |  |  |

1. **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**
2. kopie wpisów do odpowiednich rejestrów dla NZOZ,
3. wskazanie liczby i kwalifikacji osób udzielających świadczeń zdrowotnych,
4. dokumenty potwierdzające wymagania wymienione w ust. 5 rozdziału **WYMAGANIA KONIECZNE DLA OFERENTÓW ZAINTERESOWANYCH ŚWIADCZENIEM USŁUG**,   
   w szczególności: kopie prawa wykonywania zawodu; kopie dyplomów; kopie dyplomów specjalizacji; kopie kart specjalizacyjnych; oświadczenie o doświadczeniu w liczbie 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala,
5. oświadczenie o którym mowa w ust. 6 rozdziału **WYMAGANIA KONIECZNE DLA OFERENTÓW ZAINTERESOWANYCH ŚWIADCZENIEM USŁUG**.,
6. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie polisy odpowiedzialności cywilnej personelu wskazanego do udzielania świadczeń,
8. zaparafowany przez Przyjmującego zamówienie na każdej stronie wzór umowy (załącznik nr 2 do SWKO).

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

podpis Przyjmującego