Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy
13-100 Nidzica
ul. Mickiewicza 23

OFERTA – usługi medyczne – leczenie szpitalne w ramach konkursu ogłoszonego w dniu 01.08.2023 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie

..... w zawodzie .....

I KIEROWNICTWA / KOORDYNACJI W ZAKRESIE *

.....[1]

Imię .....
Nazwisko .....
PESEL .....
Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej .....
NIP ..... REGON .....
Nr telefonu .....
Adres prowadzonej działalności gospodarczej
.....
.....
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem prowadzonej działalności gospodarczej).....
.....
.....
Numer rachunku bankowego
....
Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

.....
zgodnie ze wzorem umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie w siedzibie Udzielającego Zamówienia.
2. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
3. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną sumę gwarantowaną w wysokości ..... (zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC w terminie określonym we wzorze umowy).

1 W przypadku złożenia oferty w zakresie kierownictwa lub koordynacji należy dołączyć propozycje działań organizacyjnych z wybranego zakresu oraz nowoczesnych rozwiązań zarządczych.

4. Deklaruje minimalną liczbę:

a) ..... miesięcznie wykonywania świadczeń zdrowotnych w systemie normalnej ordynacji w .....,

b) ..... godzin miesięcznie wykonywania świadczeń zdrowotnych w systemie dyżurowym w .....

5. Proponuję wysokość stawki w kwocie:

   a) ..... zł brutto za wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji,

   b) ..... zł brutto za 1 godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w systemie dyżurowym,

ZAŁĄCZNIKI*:

1. Kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej [....]
2. Kopia nadania nr REGON [....]
3. Kopia nadania numeru NIP [....]
4. Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, ukończenia szkoły i uzyskanie uprawnień zawodowych [....]
5. Kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłużeniu polisy [....]
6. Kserokopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do podjęcia świadczeń, wystawionego przez Lekarza Medycyny Pracy [....]
7. Oświadczenie, że w ostatnich pięciu latach:
   - nie było i aktualnie nie jest prowadzone przeciwko Oferentowi postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego,
   - Oferent nie został ukarany przez sąd dyscyplinarny,
   - przeciwko Oferentowi nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej,
   - przeciwko Oferentowi nie jest wszczęte postępowanie mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu – [....]

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w przesłanych dokumentach aplikacyjnych, przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy, 13-100 Nidzica, ul. Mickiewicza 23, zgodnie z przepisami zawartymi w ustawie z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.) oraz ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....

data i podpis Oferenta

* niepotrzebne skreślić

** w przypadku gdy Udzielający Zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych załączników (aktualny), Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie/punktach .....
nie uległy zmianie i znajdują się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia