

.....
pieczętka Oferenta

..... dnia

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgicznej SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie chirurgii dziecięcej zwanymi dalej łącznie „świadczenia zdrowotne”, na podstawie umowy zlecenia

Znak: KOSZ/Z/1/2023

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta

.....

2. Adres z kodem

3. PESEL

4. Nr prawa wykonywania zawodu

5. Nr dokumentu specjalizacji / Specjalizacja

6. tel. e-mail

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w **Poradni Chirurgicznej SZPZOZ** im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie chirurgii dziecięcej zwanymi dalej „świadczenia zdrowotne”, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO, na zasadach określonych w SWKO oraz umowie zlecenia, której wzór stanowi załącznik nr 3 do SWKO.
2. Oświadczam, że posiadam wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu lekarza nie zostało zawieszona.
3. Oświadczam, posiadam badania lekarskie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz szkolenie w zakresie BHP.
4. Oświadczam, że oferowane świadczenia będą wykonywane przeze mnie osobiście, na poziomie zgodnym z przyjętymi u Zamawiającego standardami oraz z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP.
5. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na stronie internetowej Zamawiającego.

III. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję cenę:

1. liczba proponowanych godzin miesięcznie:

-**zł brutto** za **godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych w **Poradni Chirurgicznej SZPZOZ** posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej.

IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

1. Oświadczam, że akceptuję i nie zgłaszam zastrzeżeń do postanowień zawartych we wzorze umowy zlecenia, stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO i zobowiązuję się do zawarcia umowy na wskazanych warunkach i w terminie określonym przez Zamawiającego.
2. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych **min.** godzin w miesiącu, w terminach wyznaczonych wg harmonogramu ustalonego przez Zamawiającego.

V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogólnymi warunkami umowy zlecenia i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że w okresie ostatnich pięciu lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym konkursie SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY *

1. kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza
2. kserokopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza
3. kserokopia posiadanych specjalizacji
4. kserokopia dyplomów ukończonych kursów
5. orzeczenie lekarza medycyny pracy, tj. dokument potwierdzający aktualne badania lekarskie, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz aktualne zaświadczenie o szkoleniu w zakresie BHP.
6. oświadczenie oferenta iż kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadаныmi oryginałami.
7. CV

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta