**O F E R T A**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **…………………………** w MCLChPiG w Otwocku.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia MCLChPiG w Otwocku
z dnia ….................................... o konkursie ofert dla lekarzy jw.
2. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w MCLChPiG
w Otwocku w zakresie **……………..……………**.

**Dane Oferenta:**

Imię, nazwisko i adres Oferenta: ................................................................................................

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

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza: ...................................................................................

Numer wpisu do właściwego rejestru (Izby Lekarskiej): ............................................................

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem działalności gospodarczej):

…...................................................................................................................................................

REGON: ......................................................................................................................................

NIP: ..............................................................................................................................................

**Nr tel.** ............................................................

**Proponowany wymiar czasu pracy (ilość godzin/miesiąc):** ………………………………………………

**Proponowane kwoty za świadczenie usług medycznych**:

1. …........................ zł brutto – stawka godzinowa za świadczenie usług w godzinach podstawowej ordynacji
2. …....................... zł brutto za godzinę świadczenia usług poza godzinami podstawowej ordynacji w dzień powszedni (dyżur)
3. …....................... zł brutto za godzinę świadczenia usług poza ordynacją w soboty, niedziele, dni świąteczne (dyżur)
4. ……………………… stawka procentowego wynagrodzenia od wartości NFZ wykonanej procedury medycznej

 …..................................

 data i podpis Oferenta

**W załączeniu do oferty przedkładam kopie następujących dokumentów:**

1. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
2. dokumenty potwierdzające kwalifikacje do wykonywania świadczeń zdrowotnych: prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe, dyplomy potwierdzające ukończenie specjalizacji w zakresie …………………………………., zaświadczenia potwierdzające odbycie kursów i szkoleń mających zastosowanie przy udzielaniu określonych świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert
3. polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w oferowanym zakresie na okres obowiązywania umowy lub oświadczenia oferenta , że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnej/specjalistycznej praktyki lekarskiej w OIL w ….................................................. .

  ….....................................................

 data i podpis Oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym
i prawnym.

…..................................

 data i podpis Oferenta