

.....  
miejscowość, data)

.....  
(nazwa i adres Zamawiającego)  
.....

.....

### O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **lekarza z uprawnieniami lekarza medycyny**  
**pracy (na wezwanie)** w Poradni Medycyny Pracy przy ul. Kochanowskiego 19,  
należącej do SPZZLO Warszawa-Żoliborz

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja, stopień specjalizacji.....

Nr rejestr. podmiotu wykonującego działalność leczniczą OIL <sup>\*(zaznaczyć właściwe)</sup>

.....

Nr wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich Wojskowej Izby Lekarskiej <sup>\*(zaznaczyć właściwe)</sup>

.....

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej.....

NIP.....REGON.....

Adres zamieszkania .....

.....

Adres korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....

.....

Tel. kontaktowy .....

Działalność lecznicza na rzecz SPZZLO Warszawa-Żoliborz jest działalnością podstawową/  
dodatkową\* (zaznaczyć właściwe)

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie interny w siedzibie Udzielającego zamówienia zgodnie z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursów ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Warszawie w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Prowadzi działalność leczniczą w dziedzinie ....., zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w OIL zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty \*(zaznaczyć właściwe)
4. Prowadzi działalność leczniczą w dziedzinie ....., zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w WIL zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty \*(zaznaczyć właściwe)
5. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
6. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) lub zobowiązuje się do przedłużenia polisy OC na okres obowiązywania umowy.
7. Posiada uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty
8. Deklaracja ofertowa w zakresie **lekarza z uprawnieniami lekarza medycyny pracy** proponuje następujące warunki wynagrodzenia:
  - Skalkulowana cena za jednego przyjętego pacjenta.....
  - liczba planowanych przyjęć pacjentów w czasie jednej godziny.....
  - na wezwanie świadczeniodawcy.....

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Kopie dokumentów (dyplom, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadana specjalizacja)
2. Kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy
3. Wydruk elektroniczny z CEID
4. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

\* zaznaczyć właściwe

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)