

.....  
(pieczęć oferenta

Załącznik nr 1 do SWKO

## OFERTA

### I. Dane podmiotu uprawnionego ubiegającego się o realizację zadania:

1. Pełna nazwa podmiotu:

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

2. Forma prawna:

.....  
.....

3. Dokładny adres indywidualnej praktyki lekarskiej/ grupowej praktyki lekarskiej/ zakładu opieki zdrowotnej – zgodny z wpisem do odpowiedniego rejestru

.....  
.....

4. Tel.: .....

faks: .....

e-mail: .....

5. Dokładny adres do korespondencji – podać tylko jeśli jest inny niż w pkt. 3

.....  
.....

6. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym **lub w innym rejestrze** ( np.: prowadzonym dla indywidualnych/grupowych praktyk lekarskich przez **Świętokrzyską Izbę Lekarską**

.....

7. Numer REGON: .....

8. Numer NIP: .....

9. Nazwa banku i numer rachunku: .....

.....  
10. Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania **Oferenta** w kontaktach zewnętrznych i **posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów)**:

.....  
.....  
11. Opis przedmiotu oferty ( zgodny z ogłoszeniem o konkursie)- opisać w jakim zakresie medycznym oraz przy pomocy jakiego sprzętu ( własnego czy będącego w posiadaniu ŚCO Oferent będzie wykonywał świadczenia)

.....  
.....  
.....  
12. Miejsce realizacji zadania:.....  
( wpisać Dział ŚCO, w którym będą udzielane świadczenia)

13. Czas udzielania świadczeń przez Oferenta:  
(w przypadku gdy Oferent jest zatrudniony na umowę o pracę, deklarowany przez niego czas udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnej nie może obejmować godzin świadczenia pracy określonych w umowie o pracę)

.....  
.....  
.....  
14. Wymagane kwalifikacje – (Oferent powinien posiadać dyplom lekarza oraz specjalizację z **dziedziny radioterapii onkologicznej**).

.....  
.....  
15. Oferta cenowa:

Proponowana cena za godzinę dyżuru medycznego

a. stawka za godzinę dyżuru medycznego pełnionego w godzinach popołudniowych od

poniedziałku do piątku -.....

- b. stawka za godzinę dyżuru medycznego pełnionego w soboty, niedziele, dni ustawowo uznane za wolne od pracy ( tzw. dni świąteczne) i w porze nocnej- .....
- c. zabezpieczenie pracy na aparatach terapeutycznych- .....( limit 35 godzin miesięcznie)

16. Termin realizacji zadania:

od ..... do .....

**( termin winien wpisać Oferent zgodnie z ogłoszeniem o konkursie )**

.....  
czytelny podpis Oferenta

17. Załączniki do oferty ( **zaznaczyć poniżej i złożyć wymagane załączniki ze względu na formę prawną wykonywanej działalności**)

**1. w przypadku indywidualnych praktyk lekarskich:**

- 1) dokument stwierdzający wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską,
- 2) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z CEIDG,
- 3) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim, prawo wykonywania zawodu,
- 4) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty,
- 5) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń,
- 6) oświadczenie według załącznika nr 1 do formularza ofertowego.

**2. w przypadku grupowych praktyk lekarskich:**

- 1) dokument stwierdzający wpis do rejestru grupowych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską,
- 2) umowa spółki,
- 3) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dot. rejestru przedsiębiorców,
- 4) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim lekarzy grupowej praktyki,
- 5) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty,

- 6) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń,
- 7) oświadczenie według załącznika nr 1 do formularza ofertowego.

**3. w przypadku zakładów opieki zdrowotnej:**

- 1) decyzja o wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej wojewody,
- 2) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,
- 3) Statut Zakładu,
- 4) umowa spółki ( dot. nzo-ów)
- 5) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim lekarzy zakładu,
- 6) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty,
- 7) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń,
- 8) oświadczenie według załącznika nr 1 do formularza ofertowego.

.....  
czytelny podpis Oferenta