

Formularz ofertowy
KONKURS OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NA RZECZ PACJENTÓW
OŚRODKA TERAPII NERWIC DLA DZIECI I MŁODZIEŻY
Z SIEDZIBĄ W ORZESZU

1. Oferent:
2. Adres Oferenta:
3. Nr telefonu:
4. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej:
5. REGON:
6. NIP:
7. Nazwa banku oraz nr rachunku:.....
8. Nr umowy ubezpieczeniowej:
9. Okres obowiązywania umowy ubezpieczeniowej:
10. Posiadane kwalifikacje (specjalizacja):.....

Wymagane kwalifikacje	Cena – brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych obejmująca całkowite koszty w szczególności należności publicznoprawne	Wymiar etatu (do wykazania w NFZ)
1	2	3
Specjalista psychiatra lub specjalista psychiatra dzieci i młodzieży		
W trakcie specjalizacji z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży		

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.
2. Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.
3. Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania.
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży z siedzibą w Orzeszu dla potrzeb przedmiotowego postępowania konkursowego oraz realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Ośrodku Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży z siedzibą w Orzeszu.
5. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią klauzuli informacyjnej dla osób uczestniczących w postępowaniu konkursowym.

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- nie toczy się przeciwko mnie postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej,
- nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o izbach lekarskich,
- nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu, albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....
(*podpis i pieczęć Oferenta*)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Ośrodka Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży z siedzibą w Orzeszu przedkładam dokumenty w formie kserokopii, a to:

- aktualna na czas trwania umowy, umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
- dokument potwierdzający wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
- dyplom ukończenia studiów,
- prawo wykonywania zawodu lekarza,
- dyplom uzyskania tytułu specjalisty lub karta szkolenia specjalizacyjnego.

Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 5 do SzWKO

.....

(Nazwisko oraz imię składającego oświadczenie)

PESEL :

Orzesze dnia

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że wyrażam gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy w **Ośrodku Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży z siedzibą w Orzeszu** w Oddziale Leczenia Zaburzeń Nerwicowych dla Dzieci i Młodzieży, w zakresie miesięcznego wymiaru przedstawionego w ofercie oraz wykazanego do NFZ, wynoszącym: etatu.

.....

Podpis osoby składającej oświadczenie