

**Szpital Ogólny  
w Kolnie**

**FORMULARZ OFERTOWY**

*Niniejszym zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu .*

**Uwaga!**

Sposób wypełniania oferty przedstawiono na ostatniej stronie

| Lp. | A  | B                              | C |
|-----|--|--------------------------------|---|
| 1   | Imiona i nazwisko / Nazwa oferenta           |                                |   |
| 2   | Adres korespondencyjny / nr kontaktowy       |                                |   |
| 3   | Numer Prawa wykonywania zawodu               |                                |   |
| 4   | Okres obowiązywania polisy                   |                                |   |
| 5   | Kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, kursy) |                                |   |
| 6   | Proponowana stawka godzinowa                 | .....,..... zł                 |   |
| 7   | Proponowany czas trwania umowy (min.1 rok)   | Od 01.01.2023r. do 31.12.2024r |   |
| 8   | Proponowana ilość dyżurów                    |                                |   |

**Uwaga!**

1. Wypełnić czytelnie WIELKIMI literami.
2. W kolumnie A wskazano rodzaj wymaganej informacji, którą oferent podaje w kolumnie B. Kolumnę C wypełnia Komisja Konkursowa, przyznając punkty od 1 do 10.
3. W przypadku braku miejsca w niniejszym formularzu na podanie wszystkich danych, informacje należy zapisać na dodatkowej karcie i dołączyć do oferty.
4. Wszystkie strony ofert, załączniki oraz zapisy o zmianach w treści udzielanych informacji muszą być parafowane.

## WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

Wraz z ofertą konkursową oraz oświadczeniami o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i akceptacji postanowień umowy, która zostanie podpisana z osobą wskazaną przez Komisję Konkursową :

1. Jako osoba prowadząca indywidualną/grupową praktykę lekarską składam:

- ☐ Kopię dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji zawodowych (w tym dyplom, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje).
- ☐ Dokument potwierdzający doświadczenie zawodowe.
- ☐ Aktualne orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- ☐ Aktualne zaświadczenie lekarskie – badania wstępne (od lekarza medycyny pracy)
- ☐ Oświadczenia oferenta o zapoznaniu się z treścią konkursowego,
- ☐ Oświadczenie oferenta o akceptacji postanowień umowy, która zostanie podpisana z osobą wskazaną wskazaną przez Komisję Konkursową
- ☐ Inne (wymienić):

.....

.....

.....

1. Jako osoba fizyczna nieprowadząca działalności składam:

- ☐ Kopię dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji zawodowych (w tym dyplom, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje).
- ☐ Oświadczenie dotyczące ustalenia podlegania obowiązkowi ubezpieczeń społecznych / zdrowotnych.
- ☐ Dokument potwierdzający doświadczenie zawodowe.
- ☐ Aktualne orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- ☐ Aktualne zaświadczenie lekarskie – badania wstępne (od lekarza medycyny pracy)
- ☐ Oświadczenia oferenta o zapoznaniu się z treścią konkursowego,
- ☐ Oświadczenie oferenta o akceptacji postanowień umowy, która zostanie podpisana z osobą wskazaną wskazaną przez Komisję Konkursową.
- ☐ Inne (wymienić):

.....

.....

.....

.....  
data i podpis Oferenta