

**Załącznik nr 1 do SWKO****Szpital Ogólny  
w Kolnie****FORMULARZ OFERTOWY**

*Niniejszym zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezyjologii i intensywnej terapii w Szpitalu Ogólnym w Kolnie*

Sposób wypełniania oferty przedstawiono na ostatniej stronie

| <b>Lp.</b> | <b>A</b>                                     | <b>B</b>                       | <b>C</b> |
|------------|--|--------------------------------|----------|
| 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 brutto          |          |
| 7          | Proponowany czas trwania umowy               | Od 01.01.2025.r do 31.12.2027r |          |
| 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,
    1. Aktualne zaświadczenie lekarskie – badania wstępne (od lekarza medycyny pracy)
  - Oświadczenia oferenta o zapoznaniu się z treścią konkursowego,
  - Oświadczenie oferenta o akceptacji postanowień \umów, która zostanie podpisana z osobą wskazaną wskazaną przez Komisję Konkursową
  - Inne (wymienić):

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

.....  
data i podpis Oferenta