

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

*Niniejszym zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii w Poradni Położniczo-Ginekologicznej Szpitala Ogólnego w Kolnie*

**Uwaga!**

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	.....	
7	Proponowany czas trwania umowy	Od .....r. do ..... r	

*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 doatkowej 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):

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

.....

data i podpis Oferenta