

**Regionalny Szpital  
Specjalistyczny  
im. dr. Władysława  
Biegańskiego w Grudziądzu  
ul. Ludwika Rydygiera 15/17  
86-300 Grudziądz**

**OFERTA  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W REGIONALNYM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM  
IM. DR. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W GRUDZIĄDZU**

**IMIĘ**.....

**NAZWISKO**.....

**ZAWÓD**.....

**ADRES ZAMIESZKANIA LUB WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

.....  
.....

**ADRES DO KORESPONDENCJI (O ILE JEST INNY NIŻ ADRES WSKAZANY WYŻEJ)**

.....  
.....

**NR TELEFONU** .....

**ADRES E-MAIL** .....

**1. Proponowany czas trwania umowy oraz dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy:**

.....

**2. Proponowane wynagrodzenie brutto (\*dopuszcza się negocjacje, \*proszę wpisać w odpowiednich polach):**

**a. wypełnia lekarz, lekarz specjalista, lekarz koordynator:**

**i. wynagrodzenie za świadczenie usług medycznych – za jedno znieczulenie do zabiegu dla oddziału Urazowo Ortopedycznego w godzinach poza ordynacją tj po godzinie 15 w dni powszednie lub soboty w godzinach wg planu zabiegów**

.....

## **OŚWIADCZAM, IŻ:**

1. Przyjmuję warunki lokalowe oraz możliwość używania sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności wg wskazań Zamawiającego z uwzględnieniem wskazań NFZ.
2. Zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie, projektem umowy, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz Regulaminem Pracy Komisji Konkursowej oraz nie zgłaszam zastrzeżeń.
3. Posiadam aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną. Zobowiązuje się do dostarczenia kopii polisy OC w dniu zawarcia umowy.
4. **Załączniki:**
  1. Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)
  2. Oryginały lub poświadczone za zgodność z oryginałem przez Oferenta lub jego pełnomocnika kopie poniższych dokumentów:
    - 2.a) zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk\*,
    - 2.b) dyplom ukończenia szkoły,
    - 2.c) aktualne prawo wykonywania zawodu (strona ze zdjęciem)\*,
    - 2.d) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe,
    - 2.e) polisa OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy w terminie podpisania umowy,
    - 2.f) zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia,

### **Podpis oferenta oznaczający akceptację całej treści oferty**

.....  
(data)

.....  
(podpis oferenta)

\*jeżeli dotyczy

