

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 miesiąc (dopuszcza się podanie stawki godzinowej):**

.....

**Inne składniki wynagrodzenia (procedury):**

.....

ii. wynagrodzenie za Usługi świadczone w Poradni Specjalistycznej (o ile dotyczy):

1. wynagrodzenie za poradę specjalistyczną (jeśli są wyłącznym świadczeniem na rzecz usługobiorcy)

.....

2. wynagrodzenie za poradę specjalistyczną

.....

3. wynagrodzenie za poradę/procedurę zabiegową:

.....

iii. wynagrodzenie za świadczenie usług radiologicznych (dotyczy lekarzy i lekarzy specjalistów radiologów):

1. wykonanie badania opisu:

.....

iv. wynagrodzenie za pojedynczy dyżur świąteczny (dobowy):

.....

v. wynagrodzenie za pojedynczy dyżur w dni robocze:

.....

b. wypełniają Oferenci inni, niż lekarz, lekarz specjalista, lekarz koordynator:

i. wynagrodzenie za 1 (jedną) godzinę świadczenia Usług:

.....

3. Proponowany Oddział / jednostka / komórka organizacyjna oraz stanowisko:

.....

.....

.....

.....

4. Oświadczenie na temat doświadczenia zawodowego (łącznie ilość lat).....

5. Oświadczenie o wysokości uzyskania dofinansowania kształcenia ze środków Zamawiającego w okresie ostatnich 2 lat

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

6. Oświadczenie o zatrudnieniu u Zamawiającego bezpośrednio przed dniem złożenia oferty łączna ilość lat).....

**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. W przypadku wygrania konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu nie będę świadczył/a usług zdrowotnych na rzecz innych podmiotów prawnych, osób fizycznych ani też nie będę podejmować zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, zlecenia itp. u innych podmiotów chyba, że uzyskam zgodę Usługobiorcy. Powyższe nie dotyczy prywatnej praktyki wprost realizowanej w gabinecie.
4. Posiadam aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną. Zobowiązuje się do dostarczenia kopii polisy OC w dniu zawarcia umowy.
5. **Załączniki:**
  1. Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)
  2. Oryginały lub poświadczony za zgodność z oryginałem przez Oferenta lub jego pełnomocnika kopie poniższych dokumentów:
    - a) zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk\*,
    - b) dyplom ukończenia szkoły,
    - c) aktualne prawo wykonywania zawodu (strona ze zdjęciem)\*,
    - d) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe,
    - e) polisa OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy w terminie podpisania umowy,
    - f) zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia,
    - g) koncepcja funkcjonowania oddziału – dotyczy oferty na Koordynatora.

**Podpis oferenta oznaczający akceptację całej treści oferty**

.....  
(data) (podpis oferenta)

\*jeżeli dotyczy

