

Miejsce składania ofert:
Wojskowy Instytut Medyczny
ul. Szaserów 128
04-141 Warszawa

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Izbie Przyjęć – Szpital w Legionowie

Imię.....
Nazwisko.....
PESEL.....
Nr prawa wykonywania zawodu lekarza
Nr dyplomu lekarza.....
NIP.....REGON.....
Pełna nazwa praktyki lekarskiej
.....
Adres indywidualnej praktyki lekarskiej.....
.....
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki)
.....
Telefon..... e mail
Nr rachunku bankowego
Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) ważne od: do:
Zaświadczenie lekarskie ważne od: do: *1
Szkolenie w zakresie BHP ważne od: do: *2
Szkolenie w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta (jeśli dotyczy) ważne od:
do:

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez 12 lekarzy w Izbie Przyjęć – Szpital w Legionowie, ul. Zegrzyńska 8, 05-119 Legionowo na zasadach określonych w projekcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem.

Oferent oświadcza, iż:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w Wojskowym Instytucie Medycznym w Legionowie.
3. Posiada dyplom lekarza.

¹ * Jeśli w dokumencie nie jest określona data obowiązywania „do” należy przyjąć maksymalnie 3 lata od daty obowiązywania „od”.

² * Jeśli w dokumencie nie jest określona data obowiązywania „do” należy przyjąć maksymalnie 5 lat od daty obowiązywania „od”.

4. Posiada prawo wykonywania zawodu lekarza.
5. Posiada specjalizację lub jest w trakcie specjalizacji.
6. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) w zakresie określonym w przepisach ustawy o działalności leczniczej.
7. Posiada ważne orzeczenie/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku lekarz.
8. Posiada aktualne zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie BHP wymaganego dla swojej grupy zawodowej, której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
9. Nie zalega w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
10. Nie zalega w opłacaniu podatków, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
11. Nie był karany za żadne przestępstwo umyślne i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie karne.
12. Inne dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie.
13. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Wojskowy Instytut Medyczny dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie, należy **zaznaczyć wybrany wariant** ³:

Wariant I

Wariant II

Wariant I: lekarz posiadający specjalizację:

..... zł/h stawka za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

dostępność / minimum - h / miesięcznie (zgodnie z SWKO oferta zostanie uznana za nieważną jeżeli zostanie złożona na mniejszą niż 48 liczbę godzin)

Jako termin rozpoczęcia udzielania świadczeń proponuję

Wariant II: lekarz bez specjalizacji:

..... zł/h stawka za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

dostępność / minimum - h / miesięcznie (zgodnie z SWKO oferta zostanie uznana za nieważną jeżeli zostanie złożona na mniejszą niż 48 liczbę godzin)

Jako termin rozpoczęcia udzielania świadczeń proponuję

³ Oferent może złożyć ofertę tylko na jeden wariant.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis)

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. aktualny wydruk z CEIDG;
2. kserokopia dyplomu lekarza;
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza;
4. kserokopia dyplomu specjalizacji lub kserokopia dokumentu potwierdzającego rozpoczęcie specjalizację;
5. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 711 z późn. zm.);
6. kserokopia ważnego orzeczenia/zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku lekarz;
7. kserokopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie BHP wymaganego dla swojej grupy zawodowej, której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
8. dodatkowe dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie;
9. podpisany Formularz Ofertowy (wypełniony pismem drukowanym lub na komputerze);
10. parafowany Wzór Umowy.

SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. strony ponumerowane i ułożone zgodnie z „ZAŁĄCZNIKIEM DO OFERTY” lub z zapisami części III pkt.1 SWKO;
2. dokumenty złożone w formie oryginału lub datowanej kserokopii poświadczona *za zgodność z oryginałem*.