

## FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**Udzielania przez lekarzy specjalistów całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii w Pionie Ginekologiczno-Położniczym Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie (tj. Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży, Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii, Izbie Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej, Poradni Ginekologiczno-Położniczej).**

Dane oferenta (nazwa i siedziba lub imię i nazwisko oraz adres) :

.....  
.....

Środki łączności:

Telefon (wymagany): .....

Fax: .....

e-mail.....

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....

Liczba i kwalifikacje zawodowe oraz imiona i nazwiska osób mających udzielać świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu:

.....  
.....

Oświadczam, że osoby mające udzielać świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot Konkursu posiadają ..... letnie doświadczenie w pracy na sali operacyjnej i trakcie porodowym (odbieranie porodów naturalnych, kleszczowych, próżniowych, wykonywanie cięć cesarskich).

**Oświadczam, że dotychczas posiadałam/em umowę z Udzielającym Zamówienia                      tak / nie \*)**

\*) należy zaznaczyć właściwe; w przypadku braku zaznaczenia odpowiedzi, będzie to uznane za wybór odpowiedzi „nie”

**Proponuję następującą należność za realizację świadczeń zdrowotnych:**

..... zł brutto (słownie: .....) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych  
w zakresie ginekologii i położnictwa w Pionie Ginekologiczno-Położniczym SPSK Nr1 w Lublinie.

**Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.**

**Oświadczam, że posiadam możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach podanych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i wzorze umowy.**

**Zobowiązuję się do wykonywania usług objętych przedmiotem zamówienia z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej, na warunkach podanych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz wzorze umowy, a także stosowania się do kodeksu etyki lekarskiej.**

**Zobowiązuję się do zawarcia umowy w ciągu 10 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku.**

.....dnia.....2021 r.

**pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie**

Załączniki:

1. Aktualny wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, potwierdzający uprawnienie do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ( co najmniej wydruk pierwszej strony).
2. Aktualny wydruk z CEIDG lub Krajowego Rejestru Sądowego.
3. Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu, w tym prawa wykonywania zawodu, dyplomu, oraz dokumentów potwierdzających uzyskanie specjalizacji.
4. ....
5. ....