...............................................             (miejscowość, data)

                                                                                  …………………………………….

                                                                                    (nazwa i adres Udzielającego zamówienia)

                                                                                  …………………………………….

                                                                                  ……………………………………

 O F E R T A

 **na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: anestezjologia w Gabinecie elektrowstrząsów**

1) Imię.............................................................................................................................................

2) Nazwisko....................................................................................................................................

3) PESEL........................................................................................................................................

4) Nr prawa wykonywania zawodu.................................................................................................

5) Stopień specjalizacji z anestezjologii **( wymagany)**

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

6) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz nr wpisu do właściwego rejestru ...........................................................................................................................................................

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

7) Staż pracy ( udzielania świadczeń) w podmiocie leczniczym....................................................lat.

8) Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej/ KRS

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

9) NIP...............................................................REGON..................................................................

10) Adres zamieszkania ……………………......................................................................................

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

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania)......................................

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

11) Tel. Kontaktowy .......................................................................................................

12) Posiadanie certyfikatu jakości ISO 9001: tak □ nie □

13) Posiadanie akredytacji: tak □ nie □

14) Proponowana dyspozycyjność do udzielania świadczeń w minimalnej ilości ............godzin miesięcznie.

- liczba godzin.................................w tygodniu:

• poniedziałek.........................................................................................................

• wtorek..................................................................................................................

• środa....................................................................................................................

• czwartek...............................................................................................................

• piątek……………………………………………………………….........................…

15) Proponowane wynagrodzenie w wysokości ...................złotych (brutto) za pierwszy i kolejny zabieg w danym dniu.

16) Proponowany okres umowy: od ....................... do .........................

17) Oświadczenie Oferenta:

Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriami oceny ofert, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy.

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

 **( data złożenia oświadczenia) ( imię i nazwisko oferenta)**

**Załączniki:**

1.     kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, \*\* \*

2.     kopia nadania numeru REGON\*\* \*

3.     kopia nadania numeru NIP \*\* \*

4.    kopie dokumentów (dyplom ukończenia Uniwersytetu/Akademii Medycznej, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadanych specjalizacji z anestezjologii) \* \* lub przedłożenie wykazu osób uczestniczących przy realizacji zamówienia z podaniem kwalifikacji,\*

5.   kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy

6. wypis z właściwego rejestru, \* \*\*

7. kopia Statutu jednostki\*

8. kopia certyfikatu jakości ISO 9001 \*

9. kopia akredytacji \*

10. Oświadczenie nr 1

11.Oświadczenie nr 2

12. Oświadczenie nr 3

13. Oświadczenie nr 4

14. Pełnomocnictwo do podpisania i złożenia oferty wraz z wszystkimi załącznikami\*\* \*

**\* \* \***  Dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą

**\* \*** Dotyczy indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich

**\***  Dotyczy podmiotów leczniczych.