



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
(miejsowość, data)

.....
(nazwa i adres Udzielającego zamówienia)

.....

.....

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: psychiatria w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Łodzi - II poziom referencyjny - miejsce wykonywania świadczeń ŚCZPDiM Łódź, ul. Mielczarskiego 35

1) Imię.....

2) Nazwisko.....

3) PESEL.....

4) Nr prawa wykonywania zawodu.....

5) Stopień specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży , lub odbywanie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży, lub stopień specjalizacji z psychiatrii

.....

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.....



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



10) Adres zamieszkania

.....

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

.....

11) Tel. Kontaktowy

12) Proponowana minimalna ilość godzin do wykonania miesięcznie.....

- liczba godzin.....w tygodniu:

- poniedziałek.....
- wtorek.....
- środa.....
- czwartek.....
- piątek.....

13) Proponowane wynagrodzenie w wysokościzłoty (brutto) za godzinę.

14) Proponowany okres umowy: od daty zawarcia do 31.10.2023r

15) 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 psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii lub odbywanie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży) * * * 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. Oświadczenie nr 1

9. Oświadczenie nr 2

10. Oświadczenie nr 3

11. Oświadczenie nr 4

12. aktualny wydruk z CEIDG * *

Oferent może złożyć zobowiązanie pisemne, iż w przypadku jeżeli jego oferta zostanie wybrana dostarczy dokumenty związane z założeniem firmy – aktualny wydruk z CEIDG - do dnia podpisania umowy na przedmiotowe świadczenia zdrowotne

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

* * * Dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą

* * Dotyczy indywidualnych/ indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich

* Dotyczy podmiotów leczniczych.