



.....  
(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 Pabianicach – II poziom referencyjny.**

**miejsce wykonywania świadczeń Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Pabianicach**

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 wysokości .....złoty (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.