



Węgorzewo, dn. ....

.....  
imię i nazwisko/nazwa oferenta

.....  
adres

## **O F E R T A**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia Mazurskiego Centrum Zdrowia Szpitala Powiatowego w Węgorzewie PZOZ z dnia 13.01.2022 r. o konkursie ofert w sprawie udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne.
2. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Mazurskim Centrum Zdrowia Szpitalu Powiatowym w Węgorzewie PZOZ w zakresie:

.....  
.....

3. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych

### **Dane oferenta**

Nazwa, siedziba oferenta (pieczęć jeśli posiada)	
Imię i nazwisko	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Nr telefonu komórkowego	
Nazwa Banku i nr konta	
NIP	
REGON	
Adres mailowy	

Oferent posiada\*:

- Tytuł specjalisty I stopnia w dziedzinie:.....
- Tytuł specjalisty II stopnia w dziedzinie:.....
- Specjalizacja w dziedzinie (ukończona tzw. „nowym trybem”).....
- Jest w trakcie specjalizacji w dziedzinie: .....



4. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:

.....  
.....

5. Proponowana liczba godzin realizacji zamówienia w miesiącu:

.....  
.....

6. W załączeniu do oferty należy przedłożyć kopie następujących dokumentów:

- a) nie wnoszę zastrzeżeń do treści ogłoszenia, projektu umowy oraz posiadam niezbędne informacje do sporządzenia oferty, jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi,
- b) posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia,
- c) załączniki w postaci kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
  - wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
  - wpis do ewidencji działalności gospodarczej
  - dyplom ukończenia studiów medycznych
  - dyplomy posiadanych specjalizacji lub karta specjalizacyjna
  - dyplomy o posiadanych tytułach naukowych
  - prawo wykonywania zawodu
  - zaświadczenie lekarskie o zdolności do podjęcia świadczeń, wystawione przez lekarza medycyny pacy
  - aktualne zaświadczenie o szkoleniu BHP (jeśli posiada)

zostały złożone Udzielającemu Zamówienia przy zawarciu poprzedniej umowy i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie\*

lub stanowią załącznik do niniejszej oferty\*.

\*właściwe zaznaczyć

**UWAGA!**

Warunkiem podpisania umowy będzie przedstawienie aktualnej polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC

.....  
Data i podpis oferenta

#### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż wszystkie załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla potrzeb rekrutacji, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku (tj. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

.....  
Data i podpis oferenta