***Zał*ą*cznik nr 1*** *do Specyfikacji*

**O F E R T A**

**udzielania świadczeń** **zdrowotnych przez lekarzy**

**w zespołach wyjazdowych**

1. Imię i nazwisko Oferenta :

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

1. Adres zamieszkania Oferenta :

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

1. Numer telefonu, faxu Oferenta:

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

1. Numer PESEL Oferenta :

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

1. Numer REGON Oferenta :

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

1. NIP Oferenta :

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

1. Nr w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

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

1. Nr prawa wykonywania zawodu lekarza:

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

1. Nazwa posiadanej/odbywanej specjalizacji:

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

Nr dyplomu specjalizacji: ………………………………, data uzyskania/rozpoczęcia specjalizacji: …………………………

1. Załączam \* następujące dokumenty: *(* ***\* niepotrzebne skre*ś*li*ć** *)*
2. Zaświadczenie Izby Lekarskiej właściwej, o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych praktyk lekarskich,   
   wraz z numerem właściwego rejestru.
3. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
4. Prawo wykonywania zawodu,
5. Dyplom lekarza,
6. Dyplom uzyskania specjalizacji lub karta szkolenia specjalizacyjnego, zawierająca wpisaną przez kierownika specjalizacji datę rozpoczęcia specjalizacji,
7. Aktualne zaświadczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych, nie później niż w dniu zawarcia umowy cywilnoprawnej,
8. Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające zdolność do udzielania świadczeń,
9. Polisa ubezpieczenia OC, nie później niż w dniu zawarcia umowy cywilnoprawnej.
10. Oferuję świadczenie usług w okresie od dnia ……………………………………   
    do dnia …………………………………
11. Oferuję gotowość udzielania świadczeń medycznych *(dyżury 24 godzinne)*w ilości …………………. dyżurów/miesiąc.
12. Oferowana(e) stawka(i) należności za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

Oferuję:

***Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako*** *Lekarz w zespole ratownictwa medycznego „S” :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***zespół wyjazdowy Specjalistyczny***  ***CHEŁM*** | ***zespół wyjazdowy Specjalistyczny***  ***KRASNYSTAW*** |
| *Od godziny* ***7,00*** *do* ***7,00*** *(całodobowo) w dni świąteczne w tym soboty* | *Od godziny* ***8,00*** *do* ***8,00*** *(całodobowo) w dni świąteczne w tym soboty* |
| ***Lekarz Systemu(stawka na godzinę)*** |  |  |
| ***Dodatek wyjazdowy*** |  |  |

\*w puste komórki wpisujemy oferowane stawki w zł. za 1 godzinę świadczenia usługi, zgodnie z obowiązującą specjalizacją oraz z preferowanym miejscem świadczenia usług

1. Data sporządzenia oferty : .......................................................................................
2. Podpis Oferenta : ....................................................................................................