

22 WOJSKOWY SZPITAL
UZDROWISKOWO-REHABILITACYJNY
SP ZOZ w Ciechocinku
87-720 Ciechocinek ul. Wojska Polskiego 5
NIP: 891-14-06-604, REGON: 910514039

Ciechocinek dnia

**22 Wojskowy Szpital
Uzdrowiskowo – Rehabilitacyjny SPZOZ
87-720 Ciechocinek
ul. Wojska Polskiego 5**

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

I. Dane oferenta:

1. Imię i nazwisko oferenta
2. Adres
3. Nr telefonu
4. Nr REGON
5. NIP
6. Nr prawa wykonywania zawodu
7. Nr wpisu do rejestru praktyk lekarskich
8. Nazwa organu dokonującego wpisu

II. Kwalifikacje zawodowe oferenta

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

III. Oferta cenowa

1. Proponowana stawka podstawowa za udzielanie świadczeń zdrowotnych za pacjenta stacjonarnego i ambulatoryjnego wynosi zł /brutto/ za jeden osobodzień opieki nad pacjentem.

Faktyczne wynagrodzenie za jeden osobodzień opieki nad pacjentem stanowić będzie iloczyn stawki podstawowej oraz właściwego współczynnika określonego w załączniku Nr 2 do umowy.

2. Proponowane ryczałtowe wynagrodzenie za pełnienie dyżuru lekarskiego:

- 24 godz. w dni powszednie zł brutto

- 24 godz. w dni wolne od pracy, niedziele i święta zł brutto

- kwalifikacja lekarska pacjentów przed szczepieniem COVIDzł brutto za godzinę.

IV. Proponowany czas trwania umowy:

od dnia 01.01.2023r. do dnia 31.12.2025r.

V. Oferent oświadcza że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych” i projektem umowy i nie zgłasza do nich zastrzeżeń;

2. w przypadku wybrania oferty zobowiązuje się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez udzielającego zamówienie oraz zobowiązuje się przedłożyć kopię ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;

3. wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Rozp. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r.

.....
podpis oferenta

Załączniki:

1. kserokopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej;
2. kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru praktyk lekarskich;
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu;
4. kserokopia dyplomu specjalizacji;
5. opis pracy zawodowej */nie dotyczy osób zatrudnionych w 22 WSzUR SPZOZ w Ciechocinku/*

Załączniki wymienione w pkt 2, 3, i 4 muszą być poświadczone „**za zgodność z przedłożonym dokumentem**”.