

Ciechocinek dnia .....

**22 Wojskowy Szpital**

**Uzdrowskowo – Rehabilitacyjny SPZOZ**

**87-720 Ciechocinek**

**ul. Wojska Polskiego 5**

## **OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii w Szpitalu Tymczasowym w 22 Wojskowym Szpitalu Uzdrowskowo-Rehabilitacyjnym SPZOZ w Ciechocinku**

### **I. Dane oferenta:**

1. Imię i nazwisko oferenta .....

2. Adres .....

3. Nr telefonu .....

4. Adres e-mail .....

5. Nr REGON .....

6. NIP .....

7. Nr prawa wykonywania zawodu .....

8. Nr wpisu do rejestru praktyk lekarskich .....

9. Nazwa organu dokonującego wpisu .....

### **II. Kwalifikacje zawodowe oferenta:**

.....

.....

.....

### **III. Oferta cenowa**

Proponowane wynagrodzenie za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii na rzecz pacjentów w Szpitalu Tymczasowym w 22 Wojskowym Szpitalu Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnym SPZOZ w Ciechocinku :

Za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych ..... zł brutto / słownie:  
.....zł/

### **IV. Proponowany czas trwania umowy:**

od dnia **22.01.2022r.** do dnia **31.03.2022r.**

3. W razie podjęcia przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego decyzji o zawieszeniu działalności Szpitala Tymczasowego przed dniem 31.03.2022r., umowa ulega rozwiązaniu z datą z jaką następuje zawieszenie działalności Szpitala Tymczasowego..

### **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 ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych.

.....

*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. kserokopię umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,

Załączniki muszą być poświadczane „za zgodność z oryginałem”, za wyjątkiem dokumentów generowanych systemowo.