

Warszawa, dnia.....

**Instytut Psychiatrii i Neurologii**  
**ul. Sobieskiego 9**  
**02-957 Warszawa**

## O F E R T A

**na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie badań i porad lekarskich dla pracowników zatrudnionych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii**

Imię.....

Nazwisko .....

PESEL.....

Zawód .....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji).....

Nr dokumentu specjalizacji .....

Nr księgi rejestrowej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą .....

NIP ....., REGON

.....

Nr telefonu.....

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....

.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie .....zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

### **OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz postanowieniami określonymi we wzorze umowy i je akceptuje;
2. świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia w siedzibie Instytutu Psychiatrii i Neurologii;
3. świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście;
4. posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości .....(zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC w terminie określonym we wzorze umowy)\*;

5. IPiN nie rozwiązał z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania z winy oferenta;
6. w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych:
  - a) deklaruje minimalną liczbę .....h/miesiąc,
  - b) cena brutto.....za 1 h świadczenia
7. załącznikami dołączonymi do formularza Oferty – liczba załączników: ..... ;

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Poświadczony wydruk z CEIDG/ poświadczona kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej,
2. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanych kwalifikacji, w tym specjalizacji (dyplom ukończenia szkoły, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji w dziedzinie ....., oraz dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe itd.),
3. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia,
4. Kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy.

\* niepotrzebne skreślić

Warszawa, dnia.....

.....  
*Podpis oferenta*