

Warszawa, dnia.....

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

### O F E R T A

na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania zabiegów endowaskularnych na naczyniach mózgowych i domózgowych (embolizacje, trombektomie) w Pracowni Radiologii Zabiegowej i Badań Naczyniowych Instytutu na rzecz pacjentów Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

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 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) minimalna liczba ..... godz./miesiąc,
    - b) wynagrodzenie w wysokości:
      - stawka za 1 h pracy (godziny przedpołudniowe) - ..... zł/h
      - stawka za przeprowadzenie zabiegu % od wyceny procedury – ..... %
      - stawka za 1 h dyżuru - .....zł/h
      - stawka za wykonanie zabiegu podczas dyżuru % od wyceny procedury -.....%
      - stawka za 1h dyżuru pod telefonem – ..... zł/h
      - stawka za przyjazd i wykonanie zabiegu podczas dyżuru pod telefonem % od wyceny procedury - ..... %
  7. zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami dołączonymi do formularza Oferty – liczba załączników: ..... ;
  8. świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem udzielał przez okres.....lat/miesiący i zobowiązuje się do okazania dokumentów potwierdzających treść oświadczenia.

#### **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*