

Warszawa, dnia.....

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

### O F E R T A

**na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii**

Imię.....

Nazwisko .....

PESEL .....

Zawód .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

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

Specjalizacja w toku (ukończony rok szkolenia).....

Nr dokumentu potwierdzającego uzyskanie 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 ww. 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) proponowane wynagrodzenie w wysokości ..... za 1 godzinę dyżuru.
  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,
1. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanych kwalifikacji, w tym specjalizacji (dyplom ukończenia szkoły, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji w dziedzinie psychiatrii oraz dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe itd.),
2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia,
3. Kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy.

\* niepotrzebne skreślić

Warszawa, dnia.....

.....  
*Podpis oferenta*