Załącznik nr 1

# do „Materiałów informacyjnych o przedmiocie konkursu ofert na lekarskie świadczenia zdrowotne w zakresie rehabilitacji medycznej w WSZ w Koninie”

**OFERTA**

w postępowaniu konkursowym o udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie.

1. Imię i nazwisko, miejsce zamieszkania

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

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

1. Nazwa firmy, Oferenta, adres ................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................... ………….

3. Nr telefonu kontaktowego ………………………… adres e-mail …………………………………………………………………

4. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

…...............................…………………………………………… ……………………………………………………………...............

1. Organ dokonujący wpisu ......................................................................................................................
2. Numer Regon ........................................................................................................................................
3. Numer NIP ………………………………………………………………………………………………………………………..................
4. Posiadam tytuł specjalisty w zakresie ..................................................................................................

lub specjalizację I0 stopnia w zakresie …………………………………………………………………………………………………..

9. Numer prawa wykonywania zawodu …………………………………………………………………………………………………..

10. Proponowana cena za:

a) wizyta lekarska 1 – diagnostyka w celu ustalenia indywidualnego programu fizjoterapii

……………………………………………… zł (netto)

b) wizyta lekarska 2 – diagnostyka w celu kontroli i ewentualnej modyfikacji indywidualnego programu

fizjoterapii ……………………………………………… zł (netto)

c) wizyta lekarska 3 – diagnostyka w celu kontroli i podsumowania indywidualnego programu fizjoterapii ……………………………………………… zł (netto)

11. Oferowane świadczenia wykonam w terminie od 15.10.2020 r. do 30.04.2023 r.

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

\*niepotrzebne skreślić (podpis)

**Załączniki:**

1. kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – zał. nr 1,
2. kopia wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej – zał. nr 2,
3. kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanej specjalizacji, dyplomy, certyfikaty, dowody na umiejętności – zał. nr 3a, 3b, itd.,
4. kopia Polisy OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy – zał. nr 4,

5/ aktualne zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji przedmiotu umowy lub oświadczenie

o przedłożeniu takiego zaświadczenia– zał. nr 5,

6/ przebieg dotychczasowej pracy zawodowej lub życiorys – zał. nr 6,

7/ zaświadczenie o szkoleniu bhp lub oświadczenie oferenta - zał. nr 7.

W przypadku gdy oferent nie przedstawi wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

W przypadku konieczności kontaktu komisji konkursowej w sprawach dotyczących niniejszego konkursu wyrażam zgodę na przesyłanie przez komisję konkursową korespondencji w formie cyfrowej na adres poczty e-mail podanej powyżej w ofercie.

Podpis oferenta dotyczący zgody

na korespondencję cyfrową