

## O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie chorób wewnętrznych w „OLMEDICA” w Olecku Spółka z o.o. ul. Gołdapska 1, 19-400 Olecko:

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia OLMEDICA w Olecku Spółka z o.o. z dnia ..... o konkursie ofert dla lekarzy jw.
2. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w OLMEDICA w Olecku Spółka z o.o. w zakresie .....

### Dane Oferenta:

Imię, nazwisko i adres Oferenta .....

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza .....

Numer wpisu do właściwego rejestru (Izby Lekarskiej): .....

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem działalności gospodarczej):  
.....

REGON: .....

NIP: .....

Nr tel. ....

**Proponowana wysokość wynagrodzenia za 1 godzinę świadczenia usług med. w ordynacji podstawowej, w czasie dyżuru i deklarowana ilość dyżurów w miesiącu:\***

1. wynagrodzenie za 1 godzinę świadczenia usług medycznych w ordynacji podstawowej .....
2. wynagrodzenie za 1 godzinę dyżuru w dni powszednie w wysokości .....
3. wynagrodzenie za 1 godzinę dyżuru w dni „święteczne” w wysokości .....
4. deklarowana ilość dyżurów  
– w dni powszednie w miesiącu .....  
– w dni świąteczne w miesiącu .....

.....  
data i podpis Oferenta

### W załączeniu do oferty przedkładam kopie następujących dokumentów:

- 1) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, REGON. NIP
- 2) dokumenty potwierdzające kwalifikacje do wykonywania świadczeń zdrowotnych: dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe, prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplomy potwierdzające ukończenie specjalizacji w zakresie: .....,  
zaświadczenia potwierdzające odbycie kursów i szkoleń mających zastosowanie przy udzielaniu określonych świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert .....
- 3) polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w oferowanym zakresie na okres obowiązywania umowy lub oświadczenia oferenta, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnej/specjalistycznej praktyki lekarskiej w OIL w .....
- 5) orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji świadczeń przewidzianych w umowie,
- 6) inne: .....

\*niepotrzebne skreślić

.....  
data i podpis Oferenta

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....  
data i podpis Oferenta