

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

**FORMULARZ OFERTY
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W OKRESIE OD 01.07.2020 r. DO 30.06.2021 r.**

**NA STANOWISKU LEKARZA ASYSTENTA W ODDZIALE REHABILITACJI
OGÓLNOUSTROJOWEJ**

I. DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:

1) Firma / Imię i Nazwisko

.....

.....

2) Siedziba / adres zamieszkania:

Kod pocztowy : miejscowość:

Ulica : nr

3) Oznaczenie we właściwym rejestrze / nr wpisu do rejestru

.....

.....

4) NIP

5) Regon

6) tel. kontaktowy (fax)

7) e-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI (w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta jw.):

Kod pocztowy : miejscowość:

Ulica : nr

II. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY:

Rodzaj i zakres świadczeń:

III. OPIS KOMPETENCJI *:

- a) Tytuł zawodowy
- b) Nr prawa wykonywania zawodu
- c) Specjalizacja
.....
.....
- d) Oferowana miesięczna średnia liczba godzin świadczenia usług zdrowotnych
- e) Oferowana cena za 1 godzinę świadczenia usług zdrowotnych

IV. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:

Świadczenia udzielane będą w lokalu Udzielającego zamówienia.

V. WARUNKI PŁATNOŚCI:

Podstawą wypłaty wynagrodzenia będzie faktura wystawiona przez Przyjmującego zamówienie dostarczona do Sekretariatu najpóźniej do 3-go dnia każdego miesiąca za m-c poprzedzający, potwierdzona przez Kierownika Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej.

Wypłata należności nastąpi w terminie 14 dni licząc od dnia doręczenia prawidłowo sporządzonej faktury na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie.

VI. TERMIN REALIZACJI:

- od dnia 01.07.2020 r. do dnia 30.06.2020 r.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis Oferenta)

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY**

1. kserokopia polisy ubezpieczeniowej
2. wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzający aktywny status wpisu prowadzonej działalności gospodarczej
3. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe,
5. dyplom ukończenia studiów medycznych,
6. dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu,
7. dokument potwierdzający posiadaną specjalizację,
8. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy.

(*) niepotrzebne skreślić