



**Szpital Psychiatryczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Węgorzewie**

DOA/4041/04/.....

Załącznik nr 1 do SWKO

**OFERTA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
W SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZA-
KŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Dane składającego ofertę

A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

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

Nr wpisu do rejestru

Nr KRS NIP REGON

.....

Pełnomocnik.....

kontakt

B. Oferta indywidualna

Imię i

nazwisko.....

.....

telefon.....

adres:kod.....miejsowość.....ulica.....Nr.....

PESEL.....NIP.....REGON.....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do Rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich

.....

Szpital Psychiatryczny
SP ZOZ w Węgorzewie
11-600 Węgorzewo
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66
F: 87 427 27 85
E: spspzozw@wp.pl
W: www.spspzozwegorzewo.republika.pl

ZOLP Rudziszki 87 437 80 13
WOTUW Giżycko 87 428 40 30
PZP Giżycko 87 429 13 98
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu
Zarządzania Jakością
ISO 9001:2008
Nr. IT-65931



**Szpital Psychiatryczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Węgorzewie**

Oferuję świadczenie usług zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w Szpitalu Psychiatrycznym SP ZOZ w Węgorzewie:

| I Psychiatryczne | | |
|---|-------------------------------------|--|
| Tryb ambulatoryjny | | |
| Miejsce udzielania świadczeń | Godzinowy wymiar czasu pracy | Proponowana cena za punkt /brutto/ w zł |
| Poradnia Zdrowia Psychicznego w Węgorzewie | | |
| Poradnia Zdrowia Psychicznego w Giżycku | | |
| Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współzależnienia w Węgorzewie | | |
| Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współzależnienia w Giżycku | | |
| Tryb stacjonarny | | |
| Miejsce udzielania świadczeń | Godzinowy wymiar czasu pracy | Proponowana cena za godzinę pracy /brutto/ w zł |
| Oddziały Ogólnopsychiatryczne | | |
| Oddział Dzienny Psychiatryczny | | |
| Oddział Leczenia Zaburzeń | | |

Szpital Psychiatryczny
SP ZOZ w Węgorzewie
11-600 Węgorzewo
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66
F: 87 427 27 85
E: spspzozw@wp.pl
W: www.spspzozwegorzewo.republika.pl

ZOLP Rudziszki 87 437 80 13
WOTUW Giżycko 87 428 40 30
PZP Giżycko 87 429 13 98
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu
Zarządzania Jakością
ISO 9001:2008
Nr. IT-65931



**Szpital Psychiatryczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Węgorzewie**

| | | |
|--|--|--|
| Nerwicowych | | |
| Zakład Opiekuńczo – Lecznicy Psychiatryczny w Rudziszkach | | |
| Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Giżycku | | |
| Ordynacje (dyżury lekarskie) | | |
| Miejsce udzielania świadczeń | Proponowana cena za godzinę pracy /brutto/ w zł | |
| Izba Przyjęć | | |
| II Neurologiczne | | |
| Tryb stacjonarny | | |
| Miejsce udzielania świadczeń | Godzinowy wymiar czasu pracy | Proponowana cena za godzinę pracy /brutto/ w zł |
| Oddział Detoksykacji Alkoholowej | | |
| Zakład Opiekuńczo –Lecznicy Psychiatryczny dla Dorosłych w Rudziszkach | | |
| III Chorób wewnętrznych | | |
| Tryb stacjonarny | | |
| Miejsce udzielania świadczeń | Godzinowy wymiar czasu pracy | Proponowana cena za godzinę pracy /brutto/ w zł |
| Oddział Detoksykacji Alkoholowej | | |



**Szpital Psychiatryczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Węgorzewie**

| | | |
|---|--|--|
| Zakład Opiekuńczo –Lecz- niczy Psychiatryczny dla Dorosłych w Rudziszkach | | |
|---|--|--|

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OŚWIADCZENIE OFERENTA:

1. Zapoznałem(-am) się z treścią ogłoszenia, warunkami dotyczącymi konkursu na udzielenie świadczeń lekarskich w Szpitalu Psychiatrycznym Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen J. Bema 24 i warunkami projektu umowy, do których nie wnoszę uwag*
*W przypadku uwag do umowy, prosimy o uwzględnienie ich w formularzu ofertowym, w pozycji Uwagi.
2. Usługi będą wykonywane osobiście, zgodnie z etyką lekarską i obowiązującymi przepisami prawa.
2. Świadczenia będą wykonywać w pomieszczeniach Szpitala Psychiatrycznego SP ZOZ w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24 i/lub pomieszczeniach komórek organizacyjnych szpitala.



**Szpital Psychiatryczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Węgorzewie**

3. Świadczenia będę wykonywać korzystając ze sprzętu i aparatury medycznej Zamawiającego w zakresie niezbędnym do świadczenia zamówionych usług medycznych.
4. Posiadam kwalifikacje zawodowe: (dokumenty w załączeniu):
 - a) prawo wykonywania zawodu lekarza,
 - b) dyplom ukończenia specjalizacji,
 - c) wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich,
 - d)
 - e)
 - f)
5. Oświadczam, że posiadam aktualne i opłacone ubezpieczenie w zakresie OC, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, które przedłożę najpóźniej w dniu podpisania umowy.
6. Po upływie okresu ubezpieczenia w zakresie OC, zobowiązuję się zawrzeć nową umowę ubezpieczenia OC, kontynuowaną na okres, co najmniej do końca trwania umowy.
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie (poświadczone za zgodność z oryginałem) są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji konkursu.
9. Oświadczam, że nie jestem karany(a) ani nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej oraz że nie znam okoliczności, które mogłyby mieć wpływ na podjęcie i wykonywanie zawodu lekarza.
10. Oświadczam, że mój aktualny stan zdrowia pozwala na wykonywanie pracy na stanowisku lekarza, zgodnie z zaświadczeniem lekarskim, które przedłożę najpóźniej w dniu podpisania umowy

....., dnia.....

(miejsowość)

.....

(czytelny podpis)