



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

DOA/4041/07/.....

*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](mailto:spspzozw@wp.pl)  
W: [www.spspzozwegorzewo.republika.pl](http://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:

| <b>I Psychiatryczne</b>              |                                     |  |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <b>Tryb ambulatoryjny</b>            |                                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń</b>  | <b>Godzinowy wymiar czasu pracy</b> | <b>Proponowana cena za punkt /brutto/ w zł</b> |
| Poradnia Zdrowia Psychicznego w Pisz |                                     |  |

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 będę wykonywać w pomieszczeniach Szpitala Psychiatrycznego SP ZOZ w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24 i/lub pomieszczeniach komórek organizacyjnych szpitala.
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.



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

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)