



Szpital Psychiatryczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Węgorzewie

DOA/4041/08/.....

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.....miejscowość.....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 Oddziale Detoksykacji Alkoholowym w Szpitalu Psychiatrycznym SP ZOZ w Węgorzewie:

I Psychiatryczne		
Tryb stacjonarny		
Miejsce udzielania świadczeń	Godzinowy wymiar czasu pracy	Proponowana cena za godzinę pracy /brutto/ w zł
Oddział Detoksykacji Alkoholowy		

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



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

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)