

Formularz ofertowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu
lekarz medycyny pracy
od dnia 01.01.2024 r. do dnia 31.12.2026 r.

1. Niniejsza oferta dotyczy* :

- lekarza medycyny pracy

2. Dane o oferencie :

a) Nazwa / imię i nazwisko oferenta oraz adres zamieszkania , numer telefonu kontaktowego

.....
.....

Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia Podlaskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Białymstoku o konkursie ofert z zakresu **lekarz medycyny pracy** od dnia 01.01.2024 r. do dnia 31.12.2026 r. i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Oświadczam, iż posiadam odpowiednie uprawnienia i niezbędne kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym.
3. Oświadczam, iż spełniam warunki art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2023.991 j.t.).
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na podpisanie umowy o treści określonej przez Zamawiającego (do wglądu w siedzibie PWOMP) z uwzględnieniem wykonania obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

PODANIE DANYCH NIEZGODNYCH Z PRAWDĄ SKUTKUJE NATYCHMIASTOWYM ODRZUCENIEM PRZEDŁOŻONEJ OFERTY

Załączniki do formularza ofertowego

- nazwę i siedzibę oferenta,
- numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu w odniesieniu do osób o których mowa w art. 18 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej (wpis do OIL oraz do ewidencji działalności gospodarczej),
- odpis dyplomu,
- prawo wykonywania zawodu lekarza,
- dyplom specjalizacji,

- polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej,
- oświadczenie o niekaralności - załącznik nr 2
- proponowana cena brutto za przyjętego pacjenta, za dzień pracy, lub za godzinę pracy*:
.....
- staż pracy w zawodzie objętym postępowaniem konkursowym:

.....

miejsowość , data

.....

podpis oferenta

*niepotrzebne skreślić