### Załącznik Nr 1

........................................ dnia.................................... r.

**Komisja Konkursowa**

**Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży**

## OFERTA na konkurs

 **na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych oraz pełnienie funkcji Koordynatora Pionu Psychiatrii**

# CZĘŚĆ A

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **I.** | **II.** | **III.** |
|  | Imiona i nazwisko / Nazwa oferenta |  |
| Adres oferentaNr telefonu |  |
|  | Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej oraz nazwa organu rejestrowego |  |
| Numer wpisu do księgi rejestrowej Okręgowej Izby Lekarskiej |  |
| Numer REGON |  |
| Numer NIP |  |
| Numer prawa wykonywania zawodu |  |
|  | Numer rachunku bankowego |  |
|  | Kwalifikacje zawodowe/specjalizacje, kursy w tym bhp/, mające znaczenie przy udzielaniu świadczeń w zakresie, którego dotyczy oferta |  |  |
|  | Doświadczenie zawodowe, dodatkowe umiejętności potwierdzone dokumentami  |  |  |
|  | Proponowane wynagrodzenie ryczałtowe za udzielanie świadczeń zdrowotnych:  |  |
| 7. | Proponowana koncepcja rozwoju Pionu:  | jako załącznik |  |
| **Łączna liczba przyznanych punktów:** |  |

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

*data i czytelny podpis oferenta*

# *Uwaga*

1. *W kolumnie I wskazano rodzaj wymaganej informacji, którą Oferent podaje wpisując w kolumnie II. Kolumnę III wypełnia Komisja Konkursowa, przyznając punkty od 1 do 10.*
2. *W przypadku braku miejsca w niniejszym formularzu na podanie wszystkich danych, informacje należy zapisać na dodatkowej karcie i dołączyć ją do oferty.*
3. *Wszystkie strony ofert, załączniki oraz zapisy o zmianach w treści udzielanych informacji muszą być parafowane.*

# CZĘŚĆ B

# Oświadczenie Oferenta

# o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego

Oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert przeprowadzanym przez Szpital Wojewódzki w Łomży
2. akceptuję warunki konkursu, a w szczególności prawo ogłaszającego konkurs do odwołania konkursu lub przesunięcia terminu składania ofert,
3. zostałem/am zapoznany/a z możliwością złożenia protestu i odwołania,
4. złożoną ofertą pozostaję związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert,
5. wszystkie dane, jakie zawarłem/am w ofercie, są zgodne ze stanem faktycznym.

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

*data i czytelny podpis Oferenta*

# CZĘŚĆ C

# Propozycje OferentA:

Czas trwania umowy: od 1.07.2015r. do …………………………………………….

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

*data i czytelny podpis Oferenta*

# CZĘŚĆ D – Załączniki

Wraz z ofertą konkursową oraz oświadczeniami o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i akceptacji postanowień umowy, składam poniższe dokumenty:

1. kopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe przez osoby realizujące przedmiot umowy (w tym dyplom, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje, itp.),
2. kopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
3. kopie zaświadczenia o wpisie do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej
4. kopię nadania nr REGON,
5. kopię nadania nr NIP,
6. kopię ważnych polis ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (lub oświadczenie o zobowiązaniu się do zawarcia polisy OC w przypadku podpisania umowy)
7. aktualne orzeczenie do celów sanitarno – epidemiologicznych
8. aktualne zaświadczenie lekarskie – badania profilaktyczne
9. inne ......................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

*data i czytelny podpis Oferenta*

lub

Oświadczam, że wszystkie wymagane i aktualne na dzień składania ofert dokumenty są w posiadaniu Udzielającego zamówienie.

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

*data i czytelny podpis Oferenta*