

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

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

**OFERTA na konkurs**  
**na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych Pionu Noworodkowego**

**CZĘŚĆ A**

L.p.	I.	II.	III.
1.	Imiona i nazwisko / Nazwa oferenta		
	Adres oferenta Nr telefonu		
2.	Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej oraz nazwa organu rejestrowego/ CEIDG		
	Numer wpisu do księgi rejestrowej Okręgowej Izby Lekarskiej		
	Numer REGON		
	Numer NIP		
	Numer prawa wykonywania zawodu		
3.	Numer rachunku bankowego		
4.	Kwalifikacje zawodowe /specjalizacje, kursy w tym bhp/, mające znaczenie przy udzielaniu świadczeń w zakresie, którego dotyczy oferta		

5.	Doświadczenie zawodowe, dodatkowe umiejętności potwierdzone dokumentami		
6.	Proponowane wynagrodzenie ryczałtowe za udzielanie świadczeń zdrowotnych:		
<b>Łączna liczba przyznanych punktów:</b>			

.....  
*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 1.04.2015r. 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 Oferenta.

.....  
*data i czytelny podpis Oferenta*