Załącznik Nr 1

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

Komisja Konkursowa
Szpital Wojewódzki im. Kardynała
Stefana Wyszyńskiego w Łomży

OFERTA na konkurs

na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurologicznym i Poddziale Udarowym

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 za udzielanie świadczeń zdrowotnych:		
		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, karta specjalizacji itp.),
- ☐ 2. kopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ CEIDG,
- ☐ 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