

Pieczęć Oferenta:

1 Wojskowy Szpital Kliniczny  
z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład  
Opieki Zdrowotnej w Lublinie  
20-049 Lublin, Al. Raławickie 23

## **OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii ruchu w 1 WSzKzP SP ZOZ w Lublinie, 20-049 Lublin, Al. Raławickie 23**

☐ **w Oddziale Chirurgii Urazowo Ortopedycznej - w ramach dyżuru medycznego:**

- w przedziale czasowym

- 15.05 - 07.30 dnia następnego w dni robocze

- 07.30 - 07.30 dnia następnego w niedziele, święta i dni wolne od pracy

- zgodnie z harmonogramem pracy zaakceptowanym przez Kierownika Oddziału Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej

### **I. Dane Oferenta:**

1) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą

.....  
.....

2) Zarejestrowany w CEIDG, KRS\* .....

3) Imię i nazwisko .....

4) PESEL .....

5) Nr prawa wykonywania zawodu .....

6) NIP ..... REGON .....

7) Adres zamieszkania .....

8) Tel. do kontaktu .....

9) e-mail, na który będzie wysyłana korespondencja .....

### **II. Kwalifikacje zawodowe Oferenta:**

**(zaznaczyć krzyżykiem)**

a) Specjalizacja w dziedzinie ortopedii i traumatologii ruchu

☐

**III. Doświadczenie w pracy /udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii ruchu w Oddziale Chirurgii Urazowo Ortopedycznej - w ramach dyżuru medycznego**

**(zaznaczyć krzyżykiem)**

a) 1-5 lat

☐

b) 6-15 lat

☐

c) powyżej 15 lat

☐

**IV. Ciągłość świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z Udzielającym Zamówienia tożsamy z przedmiotem niniejszego postępowania**

**(zaznaczyć krzyżykiem)**

a) Tak

☐

b) Nie ☐

**V. Oferta cenowa na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii ruchu w Oddziale Chirurgii Urazowo Ortopedycznej - w ramach dyżuru medycznego**

a) w Oddziale – dyżur medyczny

✓ ..... zł (słownie złotych: ..... ) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń w ramach dyżuru medycznego

**VI. Proponowana liczba godzin udzielania świadczeń miesięcznie na rzecz Udzielającego Zamówienie:**

**Oddział– dyżur medyczny:**

**(zaznaczyć krzyżykiem)**

a) zgodnie z potrzebami UZ ☐

b) w dniach i godzinach zaproponowanych przez Oferenta ..... ☐

**VII. Oświadczenie Oferenta:**

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych we wzorze umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie.
3. Oświadczam, że posiadam możliwość wykonania świadczeń na warunkach podanych w materiałach konkursowych oraz wzorze umowy.
4. Oświadczam, że posiadam możliwość realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami NFZ i poddam się kontroli prowadzonej przez NFZ oraz Udzielającego Zamówienie.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oferta została złożona na ..... stronach.
7. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Data .....

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

*\*niepotrzebne skreślić*