

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 ambulatoryjnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii ruchu w 1 WSzKzP SP ZOZ w Lublinie, 20-049 Lublin, Al. Raławickie 23

☐ **w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

- dni robocze wg potrzeb UZ max. do 20 godz./m-c

- zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym wspólnie z Kierownikiem 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 w dziedzinie ortopedii i traumatologii ruchu w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

(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

☐

Znak sprawy: ZP/K/15/2025

V. Oferta cenowa na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie ortopedii i traumatologii ruchu w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

✓ % (słownie procent:) wartości procedury medycznej wykonanej w poradni, określonej w umowie przez NFZ

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

Poradnia:

(zaznaczyć krzyżykiem)

a) do 20 godz./m-c w dni robocze

☐

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*