Załącznik nr 1 WSK

Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa z siedzibą w Wałbrzychu w niżej wymienionym pakiecie:

.....

.....

.....

Dane oferenta

A. Podmiot leczniczy*

Nazwa, siedziba:.....

.....

Numer wpisu do właściwych rejestrów:.....

Liczba i kwalifikacje osób (lekarzy), które będą wykonywać świadczenia zdrowotne:

.....

.....

.....

NIP .....REGON.....

Pełnomocnik ..... kontakt Tel. e-mail .....

B. Oferta indywidualna – indywidualna praktyka zawodowa*

Imię i Nazwisko .....adres: kod.....

miejscowość .....ulica .....nr.....

PESEL ..... NIP..... REGON .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Nr wpisu do rejestru indywidualnej praktyki lekarskiej .....

Tel. kontaktowy .....e-mail.....

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.

Za realizację zamówienia oczekuję należności w wysokości:

1. **.....zł za jedną akcję wyjazdową* / za jeden dzień świadczenia usług***
2. Posiadam doświadczenie w kwalifikacji kandydatów na dawców krwi / nie posiadam doświadczenia w kwalifikacji kandydatów na dawców krwi *

* niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert, projektem umowy oraz przepisami art. 26. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r. poz. 217).

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty .

Załączniki do oferty:

1. Kopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem, potwierdzające kwalifikacje zawodowe (dyplom ukończenia studiów medycznych, prawo wykonywania zawodu, potwierdzenie uzyskania specjalizacji)
2. Kopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem, potwierdzające status prawny ubiegającego się o świadczenie (aktualny wypis z rejestrów, dokumenty potwierdzające nadanie numeru NIP i REGON, oświadczenie, że stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy potwierdzające, że stan zdrowia lekarzy, którzy będą wykonywać świadczenia zdrowotne pozwala na ich udzielanie.

_____

(podpis)