Załącznik Nr 2 do SWKO

Bielsk Podlaski, dnia .....2026 r.

OFERTA KONKURSOWA

I .DANE OFERENTA:

CZĘŚĆ OGÓLNA:

Imię i nazwisko oferenta:

……..

Adres do korespondencji:

……

……..…..…

Nr telefonu: ……...…

Adres e-mail:

……..…

Nr PESEL: ……...

Nr NIP: ……..…..….

Nr REGON: ……..……..…

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE*: ……
*(*każdy zakres wymaga złożenia oddzielnej oferty)*

Numer prawa wykonywania zawodu…….. , data wydania: …… data uzyskania tytułu: …….

1. **<u>Specjalizacje:</u>**

1) Nazwa posiadanej/odbywanej*specjalizacji z datą rozpoczęcia
……..

2) Nazwa posiadanej/odbywanej*specjalizacji z datą rozpoczęcia
…….……

3) Nazwa posiadanej/odbywanej*specjalizacji z datą rozpoczęcia
…….……

Posiadany stopień naukowy z zakresu nauk medycznych: …… rok uzyskania: ……

Posiadane uprawnienia, kursy, certyfikaty:

1) ……...
2) ……...
3) ……...
4) ……...
5) ……...

Doświadczenie w pracy w charakterze koordynatora/ lekarza/pielęgniarki koordynującej* w latach

……..….

Propozycja terminu zawarcia umowy: od……..…….…….……do ……..……..…….…….

Propozycja godzin udzielanych świadczeń miesięcznie/tygodniowo*:

……

Proponowanie dni tygodnia i godziny udzielania świadczeń:

……..

* niepotrzebne skreślić

II. OFERTA SZCZEGÓŁOWA

Oferuję wykonywanie – udzielanie świadczeń zdrowotnych w SPZOZ w Bielsku Podlaskim w zakresie 1 na warunkach finansowych:

1. Ryczałt za pracę w oddziale poradni ginekologii planowej/poradni dla kobiet „K” (koordynator, lekarz)

……..…

…..……
(podpis Oferenta)

Oferuję wykonywanie – udzielanie świadczeń zdrowotnych w SPZOZ w Bielsku Podlaskim w zakresie 2 na warunkach finansowych:

2. Cena za punkt za pracę w poradni dla kobiet „K” ……..

…..……
(podpis Oferenta)

Oferuję wykonywanie – udzielanie świadczeń zdrowotnych w SPZOZ w Bielsku Podlaskim w zakresie 3 na warunkach finansowych:

3. Ryczałt za pracę w oddziale ginekologii planowej

……..

…..……
(podpis Oferenta)

III. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na świadczenie usług zdrowotnych i SWKO - przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Zapoznałam/em się z projektem Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i zobowiązuje się do ich podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez SPZOZ.
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i przedstawienia jej SPZOZ w Bielsku Podlaskim do dnia zawarcia umowy oraz zapewnię jej ciągłość w trakcie obowiązywania umowy.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na użytek postępowania konkursowego oraz dla potrzeb realizacji umowy (zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa).
5. Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania.
6. W czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SPZOZ w Bielsku Podlaskim, nie będę udzielał/ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przeze mnie świadczeń w szpitalu.
7. Złożone przeze mnie kserokopie dokumentów zgodne są z oryginałami.

.....

(podpis Oferenta)

Oświadczam, że dane i dokumenty z poprzednio zawartego kontraktu/umowy nie uległy zmianie i są aktualne w stosunku do przedstawionej oferty w niniejszym konkursie. Wnoszę o uwzględnienie moich dokumentów z poprzedniego kontraktu/umowy do złożonej przeze mnie oferty.*

.....

(podpis Oferenta)

* wypełnić jeśli Oferent posiada kontrakt/umowę z Zamawiającym