



7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
imienia kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego
80-305 Gdańsk, ul. Polanki 117
+48 58 552 63 26 fax. +48 58 552 64 57
NIP 584-23-34-017 nr KRS 000011955
Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ
VII Wydział Gospodarczy KRS
www.7szmw.pl e-mail: sekretariat@7szmw.pl



OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W ZAKRESIE:.....

W KOMÓRCZE/-ACH ORGANIZAC.

W OKRESIE: od.....do.....

1. Imię i nazwisko Oferenta / nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą:.....
2. Kwalifikacje Oferenta / kwalifikacje personelu zatrudnianego przez podmiot wykonujący działalność leczniczą - posiadane specjalizacje (zakres, data jej uzyskania, jeśli osoba jest w trakcie specjalizacji - data rozpoczęcia i zakończenia), tytuły i stopnie naukowe, kursy i szkolenia:.....
3. Nr wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i oznaczenie organu dokonującego wpisu:
4. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną (może być potwierdzone certyfikatem jakości lub akredytacją):.....
5. REGON:
6. PESEL:.....
7. IMIĘ OJCA:
8. Siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą:
9. Adres do korespondencji:
10. Telefon:
11. Nr prawa wykonywania zawodu:
12. Propozycje warunków:

- wykonywane świadczenia	- proponowane warunki finansowe
(np. : dyżur, praca w oddziale/gabiniecie,	(np. stawka za godz./dzień, dyżur zwykły/święteczny
poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych itp.) ryczałt miesięczny, inne formy rozliczeń)	
.....
.....
.....



7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
imienia kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego
80-305 Gdańsk, ul. Polanki 117
+48 58 552 63 26 fax. +48 58 552 64 57
NIP 584-23-34-017 nr KRS 0000011955
Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ
VII Wydział Gospodarczy KRS
www.7szmw.pl e-mail: sekretariat@7szmw.pl



.....
.....
.....

13. Proponowana **liczba** świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez oferenta – ich **ciągłość** (średnia liczba godzin miesięcznie +/- 10 godz., liczba dyżurów zwykłych/ świątecznych – miesięcznie/ rocznie – można określić próg minimalny, liczba dni pracy w miesiącu, konkretne dni tygodnia i godziny, liczba udzielonych świadczeń/ wykonanych zabiegów, inne)

.....
.....
.....

Świadczenia zdrowotne będą / nie będą* udzielane przy wykorzystaniu pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienie. Oświadczam, że w ramach umowy zapewniam

Oświadczam, że z treścią ogłoszenia dot. konkursu ofert na świadczenia zdrowotne oraz Regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert zapoznałem/łam się.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów przeprowadzenia konkursu ofert.

Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej/ pielęgniarskiej/ działalności gospod. świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.

.....

Pieczętka i podpis Oferenta

Załączniki do Oferty – kopie dokumentów **poświadczone podpisem Oferenta za zgodność z oryginałem** –

składają tylko Oferenci przystępujący po raz pierwszy do konkursu organizowanego przez 7 Szpital MW:

1. *Kopie: prawa wykonywania zawodu, dyplomu/ świadectwa, dokumentu potwierdzającego wymaganą specjalizację,*
2. *Kopia zezwolenia i zaświadczenia wpisu do rejestru właściwej Izby Lekarskiej / Izby Pielęgniarskiej, wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – zgodnie z zapisami ustawy o działalności leczniczej z dn. 15.04.2011r.*
3. *Kopia Polisy OC zawartej na podst. art. 25 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej z dn. 15.04.2011r. / oświadczenie o przedłożeniu ww. Polisy OC najpóźniej w momencie zawarcia umowy (pod rygorem niezawarcia umowy) – z uwzględnieniem zapisów art. 212 ust. 2 ustawy z dn. 15.04.2011r.*
4. *Zaświadczenie lekarskie*
5. *Kopia wpisu do Ewidencji działalności gospodarczej,*
6. *Opinia zawodowa z poprzednich miejsc pracy (wymóg nie dotyczy osób poprzednio zatrudnionych w 7 Szpitalu Marynarki Wojennej),*
7. *Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych, następującej treści: „Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb konkursu ofert na świadczenia medyczne.”*
8. *Życiorys, kopie dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe (nieobowiązkowe)*

* - skreślić niewłaściwe