

**FORMULARZ OFERTY KONKURSOWEJ**

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego Spółka z o.o.**

1. Oświadczam, że przystępuję do konkursu ofert ogłoszonego przez Mazowiecki Szpital Bródnowski Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 03-242 Warszawa, ul. Kondratowicza 8 na warunkach przedstawionych w **Szczegółowych warunkach konkursu ofert**, a złożenie oferty równoznaczne jest z akceptacją warunków zawartych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia opublikowanego na stronie internetowej Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 03-242 Warszawa, ul. Kondratowicza 8, wywieszzonego w siedzibie Spółki w dniu 14.09.2023r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego Spółka z o.o.

2. Dane oferenta:

- 1) Pełna nazwa firmy (lub imię i nazwisko) .....
- .....
- 2) Adres z kodem .....
- 3) tel. .... fax .....
- 4) PESEL .....
- 5) NIP ..... REGON .....
- 6) Zarejestrowany w CEIDG/KRS/Rejestr Wojewody \* .....
- \*niepotrzebne skreślić

**3. Proponowana stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii:**

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego Spółka z o.o.**

**Stawki za świadczenia zdrowotne:**

- a)..... zł (słownie złotych:.....) brutto za godzinę udzielanie świadczeń w Oddziale Intensywnej Terapii niezależnie od pory doby i dnia tygodnia;
- b) ..... zł (słownie złotych:.....) brutto za godzinę udzielania świadczeń we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala poza Oddziałem Intensywnej Terapii niezależnie od pory doby i dnia tygodnia;

4. Obowiązujące załączniki:
1. \*zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
  2. \*NIP lub REGON,  
\*nie dotyczy podmiotów, które nie mają wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2023 r. poz. 991) - wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
  3. kopia wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich z właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej,
  4. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje oferenta (dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu),
  5. kopie dokumentów stwierdzające uzyskane specjalizacje w zakresie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem,
  6. dokumenty potwierdzające staż pracy (świadczenia pracy lub zaświadczenia),
  7. kopia polisy stwierdzającej ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej albo pisemne zobowiązanie do zawarcia umowy ubezpieczenia,
  8. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

5. Oferty nie zawierające danych określonych w punktach 2 i 3 (w zależności od składanej oferty) oraz nie zawierające załączników określonych w pkt 3 **zostaną odrzucone i nie będą rozpatrywane** przez komisję konkursową, z zastrzeżeniem postanowień §6 ust. 2 Szczegółowych warunków konkursu ofert.

....., dnia .....2023r.

.....  
podpis Oferenta

Dział Kadry i Szkolenia  
GŁÓWNY SPECJALISTA

Joanna Latocha

Strona 2 z 2