Poznań, dnia...............................

**Ginekologiczno–Położniczy**

**Szpital Kliniczny**

**Uniwersytetu Medycznego**

**im. K. Marcinkowskiego**

**w Poznaniu**

**O F E R TA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

 **w zakresie psychologii w Centrum Diagnostyki i Leczenia Niepłodności**

**w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego**

 **imienia Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

Imię.........................................................................................................................................................................

Nazwisko.................................................................................................................................................................

PESEL.......................................................................................................................................................................

Zawód.....................................................................................................................................................................

Nr prawa wykonywania zawodu ............................................................................................................................

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji).......................................................................................................

Nr dokumentu specjalizacji.....................................................................................................................................

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

Adres praktyki lekarskiej ........................................................................................................................................

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki) …………..….................................................................................................................................................................

Telefon ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………

Oferent oświadcza, iż:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza w tym zakresie zastrzeżeń,
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego UM w Poznaniu, w szczególności w Centrum Diagnostyki i Leczenia Niepłodności w okresie od ……………………………… do ……………………………………..
3. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
4. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości …………….. (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na równowartość …………………… na dzień podpisania umowy)\*.
5. Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychologii w siedzibie Udzielającego Zamówienia, zgodnie z wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
6. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia:
* **Kwota w wysokości ………………….zł za jedną godzinę udzielania świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 1 projektu umowy w siedzibie udzielającego Zamówienia, w miesięcznym okresie rozliczeniowym (miesiące kalendarzowe).**

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. aktualne orzeczenie lekarskie Przyjmującego Zamówienie, o zdolności do realizacji przedmiotu umowy,
2. dokumenty potwierdzające kwalifikacje i uprawnienia Przyjmującego Zamówienie do świadczenia usług będących przedmiotem umowy (przebieg dotychczasowej pracy zawodowej, certyfikaty, dyplomy, zaświadczenia, dokumenty potwierdzające posiadane specjalizacje itp.),
3. kopia polisy OC Przyjmującego Zamówienie lub oświadczenie o przedłożeniu polisy.

*…………………………………………………………….*

 *(podpis i pieczęć oferenta)*

*\*-niepotrzebne skreślić*