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

**Ginekologiczno–Położniczy**

**Szpital Kliniczny**

**im. Heliodora Święcickiego**

**Uniwersytetu Medycznego**

**im. K. Marcinkowskiego**

**w Poznaniu**

**O F E R TA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie**

**ginekologii w Centrum Diagnostyki i Leczenia Niepłodności**

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

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

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

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

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

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

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

nr rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą OIL ………………………………............................................

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 im. Heliodora Święcickiego UM w Poznaniu w **Centrum Diagnostyki i Leczenia Niepłodności,** w okresie od ……………………… do …………….........
3. Prowadzi działalność leczniczą w formie:
	1. Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie ......................................................., zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez OIL\*
	2. Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Lekarskiej w dziedzinie ......................................................., zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez OIL\*.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. 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)\*.
6. Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii, w siedzibie Udzielającego Zamówienia (Centrum Diagnostyki i Leczenia Niepłodności), zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
7. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

- Kwota ……………………………… zł za skierowanie i opracowanie wstępne;

- Kwota ……………………………… zł za monitorowanie stanu;

- Kwota ……………………………… zł za jedną punkcję jajników;

- Kwota ……………………………… zł za jeden transfer zarodków.

**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 (zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, 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*