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 i położnictwa na**

**Oddziale/Pododdziale ……………….. (Klinika ………………………..)**

**wraz z pełnieniem dyżurów medycznych na Izbie Przyjęć i Pododdziale Porodowym**

**oraz udzielaniem świadczeń zdrowotnych w Poradni Przyszpitalnej**

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 Oddziale/Pododdziale ………………………………………………………………., Izbie Przyjęć i Pododdziale Porodowym, a także we właściwej Poradni, zgodnie z zaznaczonym wyborem

*(właściwe zaznaczyć)*:

🞏 Poradnia Neonatologiczna

🞏 Poradnia Endokrynologii Ginekologicznej

🞏 Ośrodek Rehabilitacji Dziennej dla Dzieci

🞏 Poradnia Logopedyczna

🞏 Poradnia Ginekologiczno-Położnicza

🞏 Poradnia Andrologiczna

🞏 Poradnia Diabetologiczna dla Ciężarnych

🞏 Poradnia Niepłodności

🞏 Poradnia Menopauzy i Osteoporozy Kobiet

🞏 Poradnia Seksuologiczna i Patologii Współżycia

🞏 Poradnia Patologii Ciąży

🞏 Poradnia Uroginekologiczna

🞏 Poradnia Patofizjologii Szyjki Macicy

🞏 Poradnia Laktacyjna

🞏 Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy

🞏 Poradnia Medycyny Paliatywnej

🞏 Poradnia Ginekologiczna dla Dziewcząt

🞏 Poradnia Onkologii Ginekologicznej

w okresie od ……………………… do …………….........

1. 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\*.
2. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
3. 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)\*.
4. Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa, ginekologii na stanowisku starszego/młodszego\* asystenta w siedzibie Udzielającego Zamówienia – w **Oddziale/Pododdziale** ………………………………………………………………., **Izbie Przyjęć i Pododdziale Porodowym** oraz w **Poradni** ……………………………………………………, zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
5. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

- zgodnie z załącznikiem do niniejszej oferty.

**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.
4. warunki wynagrodzenia.

*…………………………………………………………….*

 *(podpis i pieczęć oferenta)*

*\*-niepotrzebne skreślić*