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

**Ginekologiczno–Położniczy**

**Szpital Kliniczny**

**Uniwersytetu Medycznego**

**im. K. Marcinkowskiego**

**w Poznaniu**

**O F E R TA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie**

**konsultacji medycznych w dziedzinie okulistyki**

**wraz z wykonywaniem zabiegów operacyjnych\***

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 UM w Poznaniu 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 konsultacji medycznych w dziedzinie okulistyki wraz z wykonywaniem zabiegów operacyjnych\* w siedzibie Udzielającego Zamówienia, zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
7. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:
   1. **Dotyczy lekarzy (konsultantów) niewykonujących zabiegów operacyjnych:**

* kwota ……………………….. zł za udzielenie konsultacji.
  1. **Dotyczy lekarzy (konsultantów) wykonujących zabiegi operacyjne:**
* kwota …………………………zł za zabieg;
* kwota …………………………zł za asystę przy zabiegu;
* kwota …………………………zł za udzielenie konsultacji.

**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*