

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

Załącznik nr 2

Postępowanie nr: 1/K/2018

FORMULARZ OFERTY
W KONKURSIE OFERT
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

przez lekarza radiologa w zakresie opisywania zdjęć rtg oraz nadzór w czasie wykonywania badań w Pracowni Tomografii Komputerowej
w Powiatowym Centrum Medycznym w Grójcu Sp. z o. o.

I. Dane oferenta

1. Pełna nazwa i siedziba oferenta (adres) / imię i nazwisko oferenta

2. Adres do korespondencji (z kodem pocztowym)

Nr telefonu kontaktowego/ adres/ e-mail

3.

Nr wpisu do właściwego rejestru indywidualnych/ specjalistycznych praktyk i organ dokonujący wpisu

4. Nr REGON

6. Nr NIP

5. Nr KRS

7. Nr Pesel

II. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

III. Dodatkowe uprawnienia osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

IV. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:

- stawkabrutto w zł za 1opis zdjęcia
- stawkabrutto za 1 nadzór w czasie wykonywania badań

V. Obecne miejsce zatrudnienia (podać formę zatrudnienia i nazwę zakładu, adres)

Załączniki: dokumenty potwierdzające*);

*) niepotrzebne skreślić

1. Kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji zawodowych:

- a) dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego
- b) prawo wykonywania zawodu z oświadczeniem o braku ograniczeń
- c) dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku (specjalności)
- d) dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie będącej przedmiotem konkursu
- f) zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji
- g) dokumenty potwierdzające posiadanie innych kwalifikacji medycznych

2. Inny dokument:

- a) dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe
- b) aktualna kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w zakresie zgodnym ze składaną ofertą.
- c) kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Ks. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),

d) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy,

e) kopia aktualnej polisy OC wystawiona stosownie do obowiązujących przepisów, dołączona do oferty lub dostarczona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,

f) zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach związanych ze złożeniem oferty na udzielanie świadczeń,

g) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze *Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert*, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta,

Grójec, dnia

.....
podpis oferenta