

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych**  
**w zakresie onkologii i radioterapii, porady i konsultacje onkologiczne i radioterapeutyczne,**  
**koordynowanie procesu diagnostyczno-leczniczego pacjenta onkologicznego w ramach konsyliów**  
**onkologicznych w**  
**Szpitalu Uniwersyteckim Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy**

1.	Imię, nazwisko, adres lub nazwa i siedziba oferenta, NIP nr prawa wykonywania zawodu **	
2.	Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, środki transportu, łączności itp <sup>dot. podmiotów</sup> leczniczych, o których mowa w art. 4 u.d.l., „	
3.	Kwalifikacje zawodowe, w tym stopień specjalizacji: *liczba i kwalifikacje osób udzielających określonych w ofercie świadczeń zdrowotnych <sup>dot. podmiotów leczniczych, o których mowa w</sup> art. 4 u.d.l., „	
4.	Kwota należności: <ul style="list-style-type: none"> <li>stawka godzinowa:</li> <li>miesięczna prowizja:</li> <li>za udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w poradni:</li> </ul>	<p>..... zł/godz.</p> <p>.....zł/godz.</p> <p>.....wartości porady</p>

\*\*\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy indywidualnych praktyk lekarskich i pielęgniarzskich

\*wypełniane w przypadku podmiotów leczniczych, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej (Dz.U.2013.217)

.....

(podpis oferenta)

Oświadczam, że:

1/ zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia,

2/ zapoznałem/am się z treścią wzoru Umowy o udzielanie zamówienia na świadczenie zdrowotne i nie wnoszę zastrzeżeń do postanowień umowy,

3/ nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich / przepisów o zawodach pielęgniarzki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarzki i położnej,<sup>1</sup>

4/ nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,

5/ nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu (dot. tylko lekarzy),

6/ posiadam co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu (dot. tylko pielęgniarzki / położnej).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych przez Udzielającego zamówienie na potrzeby związane z przeprowadzeniem niniejszego konkursu ofert.

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić

.....

(podpis oferenta)