**FORMULARZ OFERTY**

**w zakresie rehabilitacji medycznej w Oddziale Rehabilitacji**

Pełna nazwa Oferenta:

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Nazwa i numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych lub osób wykonujących działalność leczniczą\*\*

.....................................................................................................................................................................

\*1/ w przypadku podmiotu leczniczego **numer wpisu** do rejestru wojewody,

2/ w przypadku osób wykonujących działalność leczniczą, **numer wpisu** do właściwego rejestru i **oznaczenie organu dokonującego wpisu**.

Nr wpisu do rejestru przedsiębiorców albo ewidencji działalności gospodarczej ……………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

Adres Oferenta:

Kod pocztowy ........... - ................... miejscowość ......................................................................

ul. ................................................................. nr .................

Tel. ....................................................... fax ............................................................

e-mail: .............................................................................................................................................

NIP .................................................................... Regon ..........................................................

1. Kwalifikacje zawodowe:

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. Rodzaj oferowanych świadczeń.

**Zadanie 3.** Świadczenie usług medycznych w Oddziale Rehabilitacji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj oferowanych świadczeń | j.m. | kwota |
| 1. | Udzielanie świadczeń zdrowotnych przynajmniej 4x w tygodniu w godz. od 8:00 do 15:00 | godz. |  |

|  |
| --- |
|  |
| *Podpis i pieczęć oferenta* |

***Dokumenty:***

1. dokument stwierdzający wpis do rejestru prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską,
2. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
3. orzeczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy,
4. orzeczenie o stanie zdrowia do celów sanitarno-epidemiologicznych wydane przez lekarza medycyny pracy.
5. kserokopia dyplomu specjalizacji odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywania świadczeń zdrowotnych,
6. w przypadku lekarzy będących w trakcie specjalizacji, 1 i 2 str. lub 1 do 3 str. (dane lekarza oraz informacje w jakim zakresie jest odbywana specjalizacja) karty specjalizacji.
7. kserokopia dyplomu Akademii Medycznej,
8. kserokopia prawa wykonywania zawodu (strona ze zdjęciem, strona 2 i 3, strona z wpisaną specjalizacją),
9. pełnomocnictwo, w przypadku, gdy oferta jest podpisywana przez pełnomocnika,
10. kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy,
11. lista umiejętności lekarzy specjalistów w zakresie położnictwa i ginekologii\*\*.
12. …………………………………………………….
13. ………………………………………………………
14. ………………………………………………………