

Warszawa, dnia .....

Samodzielny Zespół Publicznych  
Zakładów Lecznictwa Otwartego  
Warszawa-Targówek  
ul. Tykocińska 34  
03-545 Warszawa

## **OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych  
w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego  
Warszawa-Targówek**

### ***I. Dane Oferenta:***

1. Pełna nazwa i siedziba Oferenta

.....  
.....

2. Imię i nazwisko Oferenta

.....

3. Adres do korespondencji

.....

4. Nr telefonu

.....

5. Nr prawa wykonywania zawodu

.....

6. Nr wpisu do właściwego rejestru

.....

7. Organ dokonujący wpisu

.....

8. REGON

.....

9. NIP

.....



11. **Wykonywanie USG doppler duplex naczyń szyi wraz z opisem**  
za cenę ..... PLN (słownie .....),
12. **Wykonywanie USG narządu ruchu z oceną zmian podejrzanych wraz z opisem**  
za cenę ..... PLN (słownie .....),
13. **Wykonywanie badań gastroscopowych**  
za cenę ..... PLN (słownie .....),
14. **Wykonywanie badań rektoskopowych**  
za cenę ..... PLN (słownie .....),
15. **Porady lekarskie w poradni urologicznej**  
za cenę ..... PLN (słownie .....),
16. **Porady lekarskie w poradni ginekologiczno-położniczej**  
za cenę ..... PLN (słownie .....),
17. **Porady lekarskie w poradni dermatologicznej**  
za cenę ..... PLN (słownie .....),
18. **Porady lekarskie w poradni endokrynologicznej**  
za cenę ..... PLN (słownie .....),
19. **Porady lekarskie w poradni rehabilitacyjnej**  
za cenę ..... PLN (słownie .....),
20. **Porady lekarskie w poradni gastroenterologicznej**  
za cenę ..... PLN (słownie .....),
21. **Porady lekarskie w poradni ortopedycznej**  
za cenę ..... PLN (słownie .....),
22. **Porady lekarskie w poradni alergologicznej dla dzieci**  
za cenę ..... PLN (słownie .....),
23. **Porady lekarskie w poradni alergologicznej dla dorosłych**  
za cenę ..... PLN (słownie .....),
24. **Porady lekarskie w poradni otolaryngologicznej dla dzieci**  
za cenę ..... PLN (słownie .....),

**25. Porady lekarskie w poradni kardiologicznej dla dzieci**

za cenę ..... PLN (słownie .....),

**26. Wykonywanie badań EKG**

za cenę ..... PLN (słownie .....),

**27. Wykonywanie echo serca**

za cenę ..... PLN (słownie .....),

**28. Porady lekarskie w poradni chirurgicznej**

za cenę ..... PLN (słownie .....),

**29. Porady lekarskie w poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej dla dorosłych**

za cenę ..... PLN (słownie .....),

**30. Porady lekarskie w poradni psychiatrycznej**

za cenę ..... PLN (słownie .....),

**31. Porady lekarskie w poradni okulistycznej – poradnia jaskrowa**

za cenę ..... PLN (słownie .....),

**32. Zabezpieczanie odczuć w poradni alergologicznej - anesteziolog**

za cenę ..... PLN (słownie .....),

**33. Wykonywanie opisów badań RTG**

za cenę ..... PLN (słownie .....),

**34. Wykonywanie opisów badań mammograficznych**

za cenę ..... PLN (słownie .....),

**35. Wykonywanie świadczeń medycznych z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej**

za cenę ..... PLN (słownie .....),

zgodnie z wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętym konkursem.

\* należy wypełnić tylko deklarowany do wykonywania zakres świadczeń zdrowotnych

### **OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem Oferent udzielać będzie w siedzibie Zamawiającego oraz przy użyciu sprzętu należącego do Zamawiającego.
3. Prowadzi Specjalistyczną Indywidualną / Indywidualną Praktykę Lekarską w dziedzinie ....., zarejestrowaną w rejestrze indywidualnych specjalistycznych indywidualnych praktyk lekarskich w OIL zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych będzie udzielać osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną.
6. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr ..... do nr .....
7. Upoważnia Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Targówek do kontroli świadczeń, dokumentów i przedłożonych informacji podanych w ofercie.
8. Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 101 poz. 926 z późn. zm.)

.....

podpis Oferenta

### **ZAŁĄCZNIKI:**

1. Kopia wpisu do rejestru specjalistycznych indywidualnych / indywidualnych praktyk lekarskich.
2. Kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.
3. Kopia nadania numeru REGON.
4. Kopia nadania numeru NIP.
5. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanych kwalifikacji, w tym specjalizacji lub dokument potwierdzający odbywanie specjalizacji (nie krócej niż dwa lata od rozpoczęcia specjalizacji).
6. Kopia polisy OC.
7. Zobowiązanie Podwykonawcy (druk Zamawiającego).