

**FORMULARZ OFERTY DO KONKURSU OFERT**  
**Z DNIA .....**  
**NA UDZIELANIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO W ZAKRESIE**

**I. Oświadczenie oferenta:**

Oświadczam, że w terminie nie przekraczającym 7 dni od daty podpisania umowy udokumentuję zawarcie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na kwotę nie niższą niż na wysokość minimalną określoną w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

**II. Dane oferenta:**

Nazwa Oferenta: .....

PESEL .....NIP .....

nr prawa wykonywania zawodu .....

Adres zamieszkania : ulica ..... nr .....

Kod pocztowy : ..... Miejscowość: .....

Adres siedziby działalności : ulica ..... nr .....

Kod pocztowy ..... miejscowość .....

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą .....

Nr wpisu do rejestru: .....

Nr NIP .....REGON .....

W przypadku wpisu do CEiDG oświadczenie, że status przedsiębiorcy jest aktywny.

telefon kontaktowy .....

**Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych:**

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

**Dane do korespondencji ( w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta jw.):**

Kod pocztowy : ..... miejscowość: .....

Ulica : ..... nr .....

Telefon kontaktowy: ..... adres e-mail: .....

**III. Proponowana kwota należności za realizację świadczenia oraz ich zakres:**

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

**IV. Termin świadczenia usług:** oferuję zawarcie umowy o udzielenie świadczenia zdrowotnego we wskazanym powyżej zakresie od dnia \_\_\_\_\_ do dnia \_\_\_\_\_

**V. Proponowany sposób zabezpieczenia ciągłości świadczeń w trakcie nieobecności oferenta:**

.....

.....

Rybnik dnia .....

.....  
Czytelny podpis Oferenta

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY\***

1. kserokopia polisy ubezpieczeniowej lub oświadczenie o dostarczeniu kopii polisy ubezpieczeniowej w dniu podpisania umowy,
2. wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzający aktywny status wpisu prowadzonej działalności gospodarczej<sup>1</sup>
3. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
4. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe
5. dyplom ukończenia szkoły medycznej
6. prawo wykonywania zawodu
7. dyplomy specjalizacji, stopnie i tytuły naukowe
8. oświadczenie (załącznik nr 1 do formularza oferty).

(\*) niepotrzebne skreślić

---

<sup>1</sup> wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Polskiej jest dostępny do pobrania na stronie [www.firma.gov.pl](http://www.firma.gov.pl)