

Załącznik nr 1 do regulaminu  
przeprowadzenia konkursu ofert

## **Oferta na wykonywanie świadczeń zdrowotnych**

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach w niżej wymienionym pakiecie:

**Pakiet nr 11 – Terenowy Oddział w Dąbrowie Górniczej,**

**ul. Szpitalna 13**

**praca od poniedziałku do piątku**

**w godzinach 7.00 – 13.00**

---

Nazwa, siedziba:.....

.....

Numer wpisu do właściwych rejestrów:.....

Liczba i kwalifikacje osób (lekarzy), które będą wykonywać świadczenia zdrowotne:

.....

.....

.....

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.

Za realizację zamówienia oczekuję należności w wysokości:

1. ....**zł za jedną godzinę świadczenia usług**
2. Posiadam doświadczenie w kwalifikacji kandydatów na dawców krwi i szpiku / nie posiadam doświadczenia w kwalifikacji kandydatów na dawców krwi i szpiku\*
3. Staż pracy do 10 lat/ powyżej 10 lat\*

\* niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert, projektem umowy oraz przepisami art. 26. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016r. poz. 1638 j.t. z późn. zm.).

Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty .

**Załączniki do oferty:**

1. Kopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem, potwierdzające kwalifikacje zawodowe (dyplom ukończenia studiów medycznych, prawo wykonywania zawodu, potwierdzenie uzyskania specjalizacji)
2. Kopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem, potwierdzające status prawny ubiegającego się o świadczenie (aktualny wypis z rejestrów, dokumenty potwierdzające nadanie numeru NIP i REGON, oświadczenie, że stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy potwierdzające, że stan zdrowia lekarzy, którzy będą wykonywać świadczenia zdrowotne pozwala na ich udzielanie.

---

(podpis)