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

/miejscowość, data/

**Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej**

**ul. Krasińskiego 54/56**

**01-755 Warszawa**

**O F E R TA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych   
w Ośrodku Badań Orzecznictwa Lotniczo-Lekarskiego i Medycyny Pracy**

Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej

**przez lekarza posiadającego specjalizację z chorób wewnętrznych.**

Imię ..........................................................................................................................

Nazwisko ...................................................................................................................

PESEL ........................................................................................................................

Nr prawa wykonywania zawodu .....................................................................................

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji, lub który rok) ............................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr dokumentu specjalizacji ...........................................................................................

Adres zamieszkania ……………………………………….…………………………………………………………………………….

Telefon ........................................ e-mail ....................................................................

Dodatkowo w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej:

Nr rejestr. indywidualnych specj. praktyk OIL…………………...................................................

Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej (organ dokonujący wpisu)………………………….

…….............................................................................................................................

NIP ............................................................... REGON .................................................

Adres indywidualnej praktyki ..........................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z adresem praktyki) ………..………………………..….

…………………………………………………………………………………………………………………………..………………………....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji przez lekarza posiadającego specjalizację z chorób wewnętrznych w Ośrodku Badań Orzecznictwa Lotniczo-Lekarskiego i Medycyny Pracy Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej w Warszawie, ul Krasińskiego 54/56, na zasadach określonych w SWKO na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem.

***Oferent oświadcza, że:***

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej
3. Posiada dyplom, dyplom specjalizacji z ……………………………….………………………………….
4. Posiada udokumentowany staż pracy w zakresie ……………………………….…………………………......
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) w zakresie określonym w przepisach ustawy o działalności leczniczej.
6. Nie zalega w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne.
7. Nie był karany za żadne przestępstwo umyślne i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie karne.
8. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

* ………….… zł netto/brutto\* od konsultacji 1 osoby
* …………... % wartości netto/brutto\* świadczenia wykonywanego w WIML wg stawek NFZ
* ……….…… zł netto/brutto\* za 1 godzinę dyżuru medycznego w Klinice
* ……….…… zł netto/brutto\* za 1 godzinę dyżuru pod telefonem
* ……………. zł netto/brutto\* za 1 orzeczenie
* ……………. zł netto/brutto\* za ……………………………………………………………………………………………
* ……………. zł netto/brutto\* za ……………………………………………………………………………………………
* ……………. zł netto/brutto\* za ……………………………………………………………………………………………
* ……………. zł netto/brutto\* za ……………………………………………………………………………………………

*\* - niepotrzebne skreślić*

…………………………..………………

(czytelny podpis Oferenta)

***ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:***

* kserokopia dyplomu oraz dyplomu specjalizacji z …………………….……………………..
* kserokopia prawa wykonywania zawodu,
* kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2018r. poz. 160 ze.zm.) dla oferentów rozpoczynających działalność lub w przypadku wygaśnięcia dotychczasowej polisy OC,
* dodatkowe dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe oraz kwalifikacje:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..

A dodatkowo w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej:

* kserokopia odpisu z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
* kserokopia zaświadczenia o wpisie do indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich,
* kserokopia decyzji właściwego naczelnika urzędu skarbowego o nadaniu podatnikowi numeru identyfikacyjnego NIP,
* kserokopia zaświadczenia właściwego wojewódzkiego urzędu statystycznego   
  o nadaniu numeru identyfikacyjnego REGON.