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

/miejscowość, data/

**Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej**

**ul. Krasińskiego 54/56**

**01-755 Warszawa**

**O F E R TA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych   
w Zakładzie Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej

1. Imię..............................................................................................................................................................
2. Nazwisko ....................................................................................................................................................
3. PESEL .........................................................................................................................................................
4. Nr prawa wykonywania zawodu .................................................................................................................
5. Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji, lub który rok)…………………………...………………..
6. Nr dokumentu specjalizacji .........................................................................................................................
7. Adres zamieszkania………………………………….……………………………………………………
8. Telefon ........................................................... e-mail .................................................................................

**Dodatkowo w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej:**

1. Nr rejestr. indywidualnych specja. praktyk OIL…………...........................................................................
2. Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej (organ dokonujący wpisu)…………………………...
3. NIP ................................................................... REGON ............................................................................
4. Adres indywidualnej praktyki .....................................................................................................................

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

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

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

***Przedmiot oferty:***

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: **Świadczenia lekarskie w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii** przez lekarza posiadającego specjalizację z **anestezjologii i intensywnej terapii** lub będącego w jej trakcie w **Zakładzie Anestezjologii i Intensywnej Terapii** 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 specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii lub jest w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii
4. Posiada udokumentowany staż pracy w zakresie (jeśli jest wymagany w SWKO) ………………………..
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:
9. ………….… zł brutto od konsultacji 1 osoby\*
10. …………... % wartości brutto świadczenia wykonywanego w WIML wg stawki NFZ na dzień podpisania umowy przez cały okres jej obowiązywania\*
11. ……….…… zł brutto za 1 godzinę dyżuru medycznego w Klinice\*
12. ……….…… zł brutto za 1 godzinę dyżuru pod telefonem\*
13. ……………. zł brutto za 1 orzeczenie\*
14. ……………. zł brutto za 1 godzinę pracy\*
15. ……………. zł brutto za ……………………………………………………………………………\*
16. ……………. zł brutto za ……………………………………………………………………………\*
17. Deklarowana ilość świadczonych usług miesięcznie:
18. ………….……… godzin\*
19. …………………. konsultacji\*
20. ………………….

…………………………..………………

(czytelny podpis Oferenta)

*\* - niepotrzebne skreślić*

***ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:***

1. kserokopia dyplomu specjalizacji z …………………….,
2. kserokopia dyplomu lekarza,
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu,
4. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w przepisach ustawy   
   z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2024. poz. 799 ze.zm.) dla oferentów rozpoczynających działalność lub w przypadku wygaśnięcia dotychczasowej polisy OC,
5. wydruk z Ceidg,
6. wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, potwierdzający że, profil Oferenta odpowiada profilowi świadczeń objętych niniejszym konkursem,
7. dodatkowe dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe oraz kwalifikacje:

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