

.....
Miejscowość i data

Oświadczenie oferenta

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert i szczególnymi warunkami konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w wybranych oddziałach szpitalnych w Szpitalu im. dr. W. Oczko w Przasnyszu w zakresie realizacji następujących zadań:

Zadanie nr 1: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją;*

Zadanie nr 2: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Położniczo – Ginekologicznym w godzinach normalnej ordynacji i poza normalną ordynacją;*

Zadanie nr 3: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Psychiatrycznym z Pododdziałem Leczenia Zespołów Abstynencyjnych (Detoksykacji) oraz w Ośrodku Leczenia Uzależnień w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją;*

Zadanie nr 4: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Urologicznym w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją;*

Zadanie nr 5: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii w godzinach normalnej ordynacji i/lub poza normalną ordynacją;

Zadanie nr 6: udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w godzinach normalnej ordynacji i / lub poza normalną ordynacją;*

Zadanie nr 7: udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych w Oddziale Rehabilitacyjnym z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej w godzinach normalnej ordynacji. *

2. Niniejszym zgadzam się z warunkami konkursu ofert oraz przyjmuję je do stosowania.
3. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście, poza wyjątkiem określonym w § 9 ust. 2 lub 7 ust. 2(zadanie 7) umowy.
5. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości..... zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U z 2019 r. poz. 866) - zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy w terminie do

*niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć i podpis oferenta)