

FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w Izbie Przyjęć /IP/ i PORADNI NOCNEJ
I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ /PNiŚOZ/
poza godzinami normalnej ordynacji w ramach zabezpieczenia całodobowej
opieki lekarskiej w IP/PNiŚOZ**

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia z dnia 01.12.2023 roku dotyczącego konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w Izbie Przyjęć /IP/, /PNiŚOZ/ poza godzinami normalnej ordynacji w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej w IP/PNiŚOZ oraz z Regulaminem udzielania zamówień na realizację świadczeń zdrowotnych.

....., dnia
(miejscowość) (czytelny podpis)

.....
(Pełna nazwa oferenta – zgodna z właściwym rejestrem)

.....
(Adres prowadzenia działalności)

.....
(Numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

.....
(NIP, REGON, numer telefonu, numer prawa wykonywania zawodu)

2. Usługi będę świadczył (a):

- w lokalu Udzielającego zamówienia, tj. Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Jerzego Pióro w Dobrym Mieście, ul. Grunwaldzka 10B.
- korzystając ze sprzętu i aparatury medycznej Udzielającego zamówienia w zakresie niezbędnym do świadczenia zamówionych usług medycznych.
- osobiście, posiadam ku temu niezbędne kwalifikacje zawodowe.

3. W załączeniu przedstawiam n/w dokumenty:

- kserokopię prawa wykonywania zawodu lekarza,
 - kserokopię dokumentu potwierdzającego rodzaj praktyki zawodowej,
 - kserokopię dyplomu uzyskanej specjalizacji w zakresie,
 - kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (posiadane tytuły, stopnie naukowe, kursy, uprawnienia, certyfikaty)
-
-
- kserokopię zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
 - zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych;
 - kserokopię decyzji o nadaniu numeru NIP;
 - kserokopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej z numerem Regon;
 - zaświadczenie o szkoleniu z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie odpowiednim do rodzaju wykonywanych usług.
 - zaświadczenie lekarskie o szczepieniu przeciwko WZW/B.



Oświadczam*, że w/w dokumenty zostały złożone do Udzielającego zamówienia w poprzednich postępowaniach konkursowych i zachowują swoją aktualność.

4. Proponuję godzin tygodniowo świadczenia usług w IP/PNiŚOZ poza godzinami normalnej ordynacji w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej w IP.

Całodobowe (poza godzinami normalnej ordynacji) zabezpieczenie działalności IP/PNiŚOZ, w zakresie usług lekarskich zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia odbywać się będzie w uzgodnieniu z Przyjmującym zamówienie, w formie harmonogramu.

5. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej:

a) Dołączam* kserokopię dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnej z art. 25 ust.1 pkt. 1) ustawy o działalności leczniczej, w okresie obowiązywania umowy.

b) Oświadczam*, że w przypadku wyboru niniejszej oferty przedstawię polisę, o której mowa w pkt. a) do dnia 31.12.2023 roku.

Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania konkursowego zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781).

....., dnia.....
(miejsowość)

.....
(czytelny podpis)

* niewłaściwe skreślić

