

FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza internisty
w Oddziale Chorób Wewnętrznych /OChW/ w godzinach normalnej ordynacji
oraz zabezpieczenie całodobowej opieki lekarskiej w OChW (ZOL, ZOL-P na wezwanie)
poza godzinami normalnej ordynacji**

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia z dnia 14.03.2024 roku dotyczącego konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza internisty w Oddziale Chorób Wewnętrznych /OChW/ w godzinach normalnej ordynacji oraz zabezpieczenie całodobowej opieki lekarskiej w OChW (ZOL, ZOL-P na wezwanie) poza godzinami normalnej ordynacji oraz z Regulaminem udzielania zamówień na realizację świadczeń zdrowotnych.

....., dnia
(miejsowość) (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):

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

3. W załączeniu przedstawiam n/w dokumenty:

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



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

4. Proponuję:

a) zł brutto za 1 godzinę świadczonych usług lekarza internisty w OChW w godzinach normalnej ordynacji.

b) zł brutto za 1 godzinę świadczonych usług lekarza internisty poza godzinami normalnej ordynacji w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej w OChW.

c) za realizację usług lekarskich w tym samym czasie w OCHW (ZOL, ZOL-P na wezwanie) i Izbie Przyjęć (w sytuacji braku możliwości zapewnienia odrębnego dyżuru w IP) – proponuję kwotę należności w wysokości złotych brutto za 1 godzinę świadczenia usług lekarskich.

d) zł brutto za przeprowadzenie całościowej oceny geriatrycznej u jednego pacjenta OCHW.

5. Proponuję godzin tygodniowo świadczenia usług w OCHW poza godzinami normalnej ordynacji w ramach zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej w OChW.

Całodobowe (poza godzinami normalnej ordynacji) zabezpieczenie działalności OChW, (ZOL, ZOL-P na wezwanie) w zakresie usług lekarskich zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia odbywać się będzie w uzgodnieniu z Przyjmującym zamówienie, w formie harmonogramu.

6. 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 31.04.2023 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.....
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis)

* niewłaściwe skreślić

