

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....
Rodzaj rejestru, NIP, REGON

Formularz Ofertowy
na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych
w Oddziale Neurologicznym z pododdziałem Udarowym
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie z jednoczesnym wykonywaniem czynności lekarza
kierującego pracą oddziału i poradni

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na:
udzielanie lekarskich świadczeń w godzinach dyżurowych w Oddziale Neurologicznym z pododdziałem
Udarowym z jednoczesnym wykonywaniem czynności lekarza kierującego pracą oddziału i poradni
przez lekarza (wymienić rodzaj posiadanej specjalizacji):

PAKIET I*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji w Oddziale
Neurologicznym z pododdziałem Udarowym

PAKIET II*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Oddziale Neurologicznym z
pododdziałem Udarowym

PAKIET III*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej

Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z treścią ogłoszenia o Konkursie Ofert, Regulaminem
przeprowadzania Konkursu Ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

Do oferty dołączam uwierzytelnione kserokopie:

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności
gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji
działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS.
2. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
3. Zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP.
4. Dyplom ukończenia wyższych studiów medycznych.
5. Prawo wykonywania zawodu lekarza.
6. Dyplom specjalizacyjny potwierdzający posiadanie specjalizacji.
7. Zezwolenie z Izb Lekarskich na prowadzenie praktyki lekarskiej.
8. Polisa OC.
9. Orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku
lekarza.
10. Oświadczenie Oferenta o zachowanej ciągłości pracy w udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych.
11. Wypełniony formularz ofertowy.
12. Wypełnione oświadczenie Oferenta.
13. W przypadku, gdy do Konkursu przystępuje podmiot leczniczy: dokumenty wymienione w punktach od
1,2,3,8,11,12 oraz listy lekarzy wraz z oświadczeniem, że na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń
zdrowotnych będących przedmiotem konkursu podmiot będzie miał zawarte umowy z lekarzami
wykazanyymi w ofercie, oświadczenie, że podmiot posiada wymagane dokumenty dotyczące uprawnień
wykazanych lekarzy tj. numer prawa wykonywania zawodu, dokumenty dotyczące posiadanych
specjalizacji, dokumenty dotyczące badań lekarskich uprawniających do wykonywania zawodu,
dokumenty dotyczące ubezpieczenia oraz oświadczeniem, że lekarze wykazani w ofercie posiadają ciągłość
w udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych.

Za realizację zamówienia oczekuję wynagrodzenia w kwocie:

PAKIET I:

..... **zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych
w godzinach podstawowej ordynacji w Oddziale Neurologicznym z pododdziałem Udarowym z
jednoczesnym wykonywaniem czynności lekarza kierującego pracą oddziału i poradni w wymiarze do
..... godzin miesięcznie

PAKIET II:

..... **zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Oddziale Neurologicznym z pododdziałem Udarowym w wymiarze do godzin miesięcznie

PAKIET III:

..... **zł brutto** za 1 wypracowany i rozliczony przez NFZ punkt w Poradni Neurologicznej – do limitu pkt/m-c

Zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w okresie od do

Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Konkursu w dniach i godzinach uzgodnionych w drodze porozumienia Stron z Udzielającym Zamówienia.

.....
miejsowość i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej

**** zaznaczyć / wypełnić właściwe pozycje**

OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....
Rodzaj rejestru, NIP, REGON,

Oświadczam, że:

1. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia (w przypadku podmiotu leczniczego: oświadczam, że lekarze, z którymi na dzieńr. zawrę umowy posiadają odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia).
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z Regulaminem Konkursu i przyjmuję jego treść bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora Konkursu.

.....
miejsowość i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej