

.....  
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 oddziałach szpitalnych i innych komórkach działalności podstawowej  
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie**

Niniejszym składam ofertę na:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Oddziale .....  
przez lekarza (wymienić rodzaj posiadanej specjalizacji):

.....  
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/lub karta szkolenia specjalizacyjnego (SMK).
7. Zezwolenie z Izby Lekarskiej na prowadzenie praktyki lekarskiej.
8. Polisa OC.
9. Polisa NNW
10. Zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie BHP.
11. Orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza.
12. Oświadczenie Oferenta o zachowanej ciągłości pracy w udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych.
13. Wypełniony formularz ofertowy.
14. Wypełnione oświadczenie Oferenta.
15. W przypadku, gdy do Konkursu przystępuje podmiot leczniczy: dokumenty wymienione w punktach od 1,2,3,8,13,14 oraz listy lekarzy wraz z oświadczeniem, że na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu

podmiot będzie miał zawarte umowy z lekarzami wykazanymi 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, przeszkolenia bhp oraz oświadczeniem, że lekarze wykazani w ofercie posiadają ciągłość w udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych.

Za realizację zamówienia oczekuje wynagrodzenia w kwocie \*\*:

**a)..... zł brutto** – za jedną godzinę pracy lekarza w dni powszednie, dni dodatkowo wolne, soboty, niedziele i święta – w:

- Oddziale Kardiologicznym,
- Oddziale Nefrologicznym i Chorób Wewnętrznych/Stacji Dializ,
- Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii,
- Oddziale Chorób Płuc,
- Oddziale Chirurgii Ogólnej,
- Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej,
- Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- Oddziale Urologicznym,
- Oddziale Pediatrycznym,
- Oddziale Neonatologicznym,
- Oddziale Neurologicznym z pododdziałem Udarowym
- Centrum Zdrowia Psychicznego (Oddziale Psychiatrycznym),

**b) ..... zł brutto** – za jedną godzinę „dyżuru pod telefonem” lekarza specjalisty w dni powszednie, dni dodatkowo wolne, soboty, niedziele i święta – w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, jeżeli w oddziale pełni dyżur lekarz w trakcie specjalizacji i zaistniała konieczność wyznaczenia lekarza specjalisty dyżurującego dodatkowo „pod telefonem”

**c) ..... zł brutto** – za jedną godzinę pracy lekarza specjalisty w dni powszednie, dni dodatkowo wolne, soboty, niedziele i święta – w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, jeżeli zaistniała konieczność wezwania go do Szpitala, w trakcie pełnienia przez niego dyżuru „pod telefonem”,

**d) ..... zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych „pod telefonem” przez lekarza w trakcie specjalizacji w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,

**e) ..... zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych „na wezwanie” przez lekarza w trakcie specjalizacji w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej jeżeli zaistniała konieczność wezwania go do Szpitala, w trakcie pełnienia przez niego dyżuru „pod telefonem”,

**f)..... zł brutto** – za jedną godzinę pracy lekarza w trakcie specjalizacji w dni powszednie, dni dodatkowo wolne, soboty, niedziele i święta – w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz dla lekarza w trakcie specjalizacji dyżurującego wspólnie z lekarzem specjalistą w Oddziałach Chirurgicznych (dyżur towarzyszący, zgodnie z programem specjalizacji).

**g) ..... zł brutto** – za jedną godzinę pracy lekarza specjalisty, gdy posiadana specjalizacja uprawnia do pełnienia funkcji lekarza systemu) w dni powszednie, dni dodatkowo wolne, soboty, niedziele i święta, w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (strona internistyczna, strona chirurgiczna),

**h)..... zł brutto** – za jedną godzinę pracy lekarza nie posiadającego specjalizacji lub posiadającego

specjalizację nie uprawniającą do posiadania tytułu lekarza systemu, w dni powszednie, dni dodatkowo wolne, soboty, niedziele i święta, w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (strona internistyczna, strona chirurgiczna)

**i)..... zł brutto** – za jedną godzinę pracy lekarza w dni powszednie, dni dodatkowo wolne, soboty, niedziele i święta – pełnienie dyżuru „pod telefonem” – w oddziałach Chirurgii Ogólnej/ Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej

**j) ..... zł brutto** – za jedną godzinę pracy stacjonarnej lekarza w ramach realizowanego wezwania w trakcie pełnienia przez niego dyżuru pod telefonem w Oddziale Chirurgii Ogólnej/ Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej,

**k)..... zł brutto** – za jedną godzinę pracy lekarza w dni powszednie, dni dodatkowo wolne, soboty, niedziele i święta – pełnienie dyżuru „pod telefonem” – w oddziałach zabiegowych wraz z Blokiem Operacyjnym, Pracowni Endoskopii,

**l)..... zł brutto** – za jedną godzinę pracy stacjonarnej lekarza w dni powszednie, dni dodatkowo wolne, soboty, niedziele i święta w ramach realizowanego wezwania w trakcie pełnienia przez niego dyżuru pod telefonem - w oddziałach zabiegowych wraz z Blokiem Operacyjnym, w Pracowni Endoskopii,

**l)..... zł brutto** – za jedną godzinę pracy lekarza w dni powszednie, dni dodatkowo wolne, soboty, niedziele i święta- w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, jeżeli każdy z dyżurujących wspólnie lekarzy jest lekarzem specjalista,

**m)..... zł brutto** – za jedną godzinę pracy lekarza specjalisty w dni powszednie, dni dodatkowo wolne, soboty, niedziele i święta - w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, jeżeli pełni wspólny dyżur z lekarzem w trakcie specjalizacji,

**n)..... zł brutto** – za jedną godzinę pracy lekarza w trakcie specjalizacji w dni powszednie, dni dodatkowo wolne, soboty, niedziele i święta - w Oddziale Położniczo- Ginekologicznym, dyżurującego wspólnie z lekarzem specjalista,

**o)..... zł brutto** – za jedną godzinę pracy lekarza w soboty, niedziele i święta, w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.

Zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w wymiarze średnio do ..... godzin/miesiąc 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

\*\* wypełnić pozycję których dotyczy udzielanie świadczeń

## 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 dzień .....r. 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.

.....  
miejsce i data

.....  
podpis Oferenta,  
bądź osoby upoważnionej