

.....  
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 Położniczo-Ginekologicznym / Poradni Położniczo-Ginekologicznej**  
**Szpitala Powiatowego w Chrzanowie**

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w:

**PAKIET I\*:**

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym

**PAKIET II\*:**

- udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym \*

- udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych „pod telefonem” oraz „na wezwanie” w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym \*

**PAKIET III\*:**

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Położniczo-Ginekologicznej

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/zaświadczenie o zdanym egzaminie specjalizacyjnym.
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 formularzy 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.

**PAKIET I\*:**

..... **zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym w wymiarze do ..... godzin miesięcznie

**PAKIET II\*:**

a) ..... **zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, jeżeli pełni wspólny dyżur z lekarzem w trakcie specjalizacji

b) ..... **zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, dyżurującego wspólnie z lekarzem specjalistą,

c) ..... **zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach „dyżuru pod telefonem” w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym i zaistniała konieczność wyznaczenia lekarza specjalisty dyżurującego dodatkowo „pod telefonem”

d) ..... **zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych jeżeli zaistniała konieczność wezwania go do Szpitala w trakcie pełnienia przez niego dyżuru „pod telefonem” w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym.

łącznie w wymiarze do ..... godzin miesięcznie

**PAKIET III\*:**

.....% wartości kwoty zapłaconej przez NFZ za wypracowany punkt w Poradni Położniczo-Ginekologicznej w danym miesiącu w wymiarze do ..... 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.

.....  
miejsce i data

.....  
podpis Oferenta,  
bądź osoby upoważnionej

## 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 .....**f.** 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