

.....
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 Kardiologicznym / Poradni Kardiologicznej / Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala
Powiatowego w Chrzanowie

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w:

PAKIET I*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji w Oddziale Kardiologicznym

PAKIET II*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Oddziale Kardiologicznym

PAKIET III*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

PAKIET IV*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Kardiologicznej

PAKIET V*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania zabiegów ablacji

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 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.

Za realizację zamówienia oczekuję wynagrodzenia w kwocie **:

PAKIET I:

..... zł brutto za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji w Oddziale Kardiologicznym w wymiarze do godzin miesięcznie

PAKIET II:

..... zł brutto za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Oddziale Kardiologicznym w wymiarze do godzin miesięcznie

PAKIET III:

..... zł brutto za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w wymiarze do godzin miesięcznie

PAKIET IV:

.....% ceny jednostkowej z punkt opłacany i rozliczony przez NFZ – w Poradni Kardiologicznej w danym miesiącu do limitupkt miesięcznie

PAKIET V:

- a) zł brutto za wykonanie zabiegu: diagnostyka inwazyjna zaburzeń rytmu serca (EPS) wycenionej przez NFZ do limitu zabiegów miesięcznie
- b) zł brutto za wykonanie zabiegu: ablacja klasyczna zaburzeń rytmu wycenionej przez NFZ do limitu..... zabiegów miesięcznie.
- c) zł brutto za wykonanie zabiegu: ablacja (prosta) zaburzeń rytmu z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3D wycenionej przez NFZ do limitu zabiegów miesięcznie.
- d) zł brutto za wykonanie zabiegu: ablacja (złożona) zaburzeń rytmu z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3D wycenionej przez NFZ do limitu..... zabiegów miesięcznie
- e) zł brutto za wykonanie zabiegu: ablacja migotania przedsionków- izolacja ujść żył płucnych wycenionej przez NFZ do limitu..... zabiegów miesięcznie.

Łącznie w ilości około zabiegów miesięcznie.

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.

.....
miejsce i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej


DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
mgr Artur Baranowski