

do Regulaminu Konkursu Ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neonatologicznym / Oddziale Pediatricznym / Poradni Neonatologicznej Szpitala Powiatowego w Chrzanowie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie z jednoczesnym wykonywaniem czynności zastępcy lekarza kierującego pracą oddziału Neonatologicznego i poradni

.....
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 Neonatologicznym / Oddziale Pediatricznym / Poradni Neonatologicznej Szpitala Powiatowego w Chrzanowie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie z jednoczesnym wykonywaniem czynności zastępcy lekarza kierującego pracą oddziału Neonatologicznego i poradni

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na:

udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neonatologicznym / Oddziale Pediatricznym / Poradni Neonatologicznej Szpitala Powiatowego w Chrzanowie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie z jednoczesnym wykonywaniem czynności zastępcy lekarza kierującego pracą oddziału Neonatologicznego i poradni przez lekarza (wymienić rodzaj posiadanej specjalizacji);

.....
w zakresach:

PAKIET I*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji w Oddziale Neonatologicznym z jednoczesnym wykonywaniem czynności zastępcy lekarza kierującego pracą oddziału

PAKIET II*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Oddziale Neonatologicznym.

PAKIET III:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Neonatologicznej

PAKIET IV:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Pediatricznym w zakresie wykonywania badań USG.

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 Izb Lekarskich 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 Neonatologicznym z jednoczesnym wykonywaniem czynności zastępcy lekarza kierującego pracą oddziału i poradni w wymiarze do godz. miesięcznie

PAKIET II:

..... **zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Oddziale Neonatologicznym w wymiarze do godz. miesięcznie

PAKIET III:

.....% ceny jednostkowej z punkt opłacany i rozliczony przez NFZ - w Poradni Neonatologicznej w wymiarze do pkt miesięcznie

PAKIET IV:

..... **zł brutto** za jedno wykonane badanie USG w Oddziale Pediatrycznym w wymiarze do badań 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

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