

.....
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 Onkologii Klinicznej/Chemioterapii / Poradni Onkologicznej Szpitala
Powiatowego w Chrzanowie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie z jednoczesnym
wykonywaniem czynności lekarza kierującego pracą oddziału i poradni

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na:

na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych

w Oddziale Onkologii Klinicznej/Chemioterapii / Poradni Onkologicznej Szpitala Powiatowego w Chrzanowie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie z jednoczesnym wykonywaniem czynności lekarza kierującego pracą oddziału i poradni

przez lekarza (wymienić rodzaj posiadanej specjalizacji):

.....
w zakresach:

PAKIET I*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji w Oddziale Onkologii Klinicznej Chemioterapii z jednoczesnym wykonywaniem czynności lekarza kierującego pracą oddziału i poradni.

PAKIET II*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Onkologicznej.

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.

Za realizację zamówienia oczekuję wynagrodzenia w kwocie:

PAKIET I:

- a)**zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji w Oddziale Onkologii Klinicznej/Chemioterapii – z jednoczesnym wykonywaniem czynności lekarza kierującego pracą oddziału i poradni w wymiarze do godzin miesięcznie
- b) **zł brutto** miesięcznie za wykonywanie czynności lekarza kierującego w pracą oddziału i poradni
- c) **zł brutto** za wykonanie 1 konsultacji onkologicznej DILO w ramach konsylium w ilości do miesięcznie
- d) **zł brutto** za wykonanie 1 konsultacji onkologicznej w innych oddziałach szpitalnych w ilości do miesięcznie

PAKIET II:

.....% wartości kwoty zapłaconej przez NFZ za wypracowany punkt w Poradni Onkologicznej w danym miesiącu w ilości do pkt na miesiąc.

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

*zaznaczyć i wypełnić właściwie

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