

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii, pl. Hirszfelda 12, składam niniejszą ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii klatki piersiowej ( torakochirurgii)

DANE O OFERENCIE:

.....  
.....  
.....  
.....

(nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego)

Numer NIP.....

Numer REGON.....

Numer telefonu kontaktowego .....

Adres e-mail.....

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....

Numer zaświadczenia potwierdzającego wpis do rejestru indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.....

1. Proponuję zawarcie umowy na okres od dnia podpisania umowy do .....
2. Kwalifikacje zawodowe oferenta lub personelu, przy udziale którego będą udzielane świadczenia zdrowotne:

.....  
.....  
.....  
.....

3. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych (nie dotyczy wezwań)

.....  
.....  
.....

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu ..... godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, ustalonych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie.

4. Proponowana kwota brutto należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych – stawka godzinowa:

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Cena PLN BRUTTO / 1h stawka	Preferowane miejsce pracy / lokalizacja
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie torakochirurgii w systemie całodobowym w ramach leczenia stacjonarnego i w trybie porad ambulatoryjnych		ul.Grabiszyńska
2.	dyżur lekarski (zwykły, dni wolne i święta)		ul.Grabiszyńska
3.	przybycie na interwencję w ramach gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych		ul.Grabiszyńska
4.	dyżur lekarski w ramach gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (dyżur pod telefonem)		ul.Grabiszyńska .....
<b>ŁĄCZNIE BRUTTO:</b>			

\* w kolumnie lokalizacja zaznaczamy X przy preferowanym miejscu udzielania świadczeń

5. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....  
(nazwa banku i nr konta)

6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
7. Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, nie wnoszę do nich zastrzeżeń i wyrażam zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania mojej oferty.
8. Oświadczam, że posiadam odpowiednie (zgodnie z warunkami Konkursu) kwalifikacje i uprawnienia lub posiadam personel z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do udzielania świadczeń objętych konkursem ofert, wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa.
9. Do niniejszej umowy załączam wymagane w Szczegółowych warunkach konkursu ofert dokumenty i oświadczenia jako załączniki:
10. Oświadczenie, że:
- 11.- zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie i treścią szczegółowych warunków konkursu,
- 12.- zapoznał się z istotnymi postanowieniami umowy i wyraża zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania jego oferty,
13. posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia lub posiada personel z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do wykonywania badań objętych konkursem ofert, wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa( należy udokumentować)

14. zapoznał się z miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych, warunkami lokalowymi, wyposażeniem w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności,
15. nie jest zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,
16. nie jest ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
17. nie jest pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
18. jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu oferowanych świadczeń zdrowotnych i będzie kontynuować to ubezpieczenie przez cały okres trwania umowy (tym samym Oferent zobowiązuje się do przedstawienia umowy ubezpieczenia najpóźniej w dniu podpisania umowy).
19. Do oferty, oferent składa następujące dokumenty :
20. kopię dokumentu wydanego przez właściwy organ stwierdzający wpis do właściwego rejestru, nie wcześniej, niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert (KRS – jeśli dotyczy, zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej „ CEIDG” – jeśli dotyczy, odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą),
21. kopię umowy spółki cywilnej lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienia o zasadach reprezentacji spółki – w przypadku podmiotu leczniczego, dla którego organem założycielskim jest spółka cywilna,
22. kopie dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:
23. odpis dyplomu ukończenia studiów medycznych,
24. odpis dyplomu specjalizacji II stopnia w wymaganej dziedzinie medycyny lub dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty w wymaganej dziedzinie medycyny,
25. odpis dyplomu naukowego,
26. odpis prawa wykonywania zawodu,
27. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – jeśli dotyczy,
28. orzeczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy + zaświadczenie orzekające o braku przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące;
29. kopie dokumentów, o których mowa w pkt. a)-e) muszą zostać poświadczone „Za zgodność z oryginałem” przez oferenta lub notarialnie; w przypadku podpisywania umowy, jeśli nie będą poświadczone notarialnie, dokumenty te winny być przedstawione Udzielającemu Zamówienia do wglądu w oryginałach,
30. dokument potwierdzający uzyskanie nr NIP i REGON,
31. pełnomocnictwo w przypadku, gdy oferta sporządzona jest przez pełnomocnika.

**DATA .....** **PODPIS .....**