

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 chorób płuc.

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 systemie całodobowym w ramach leczenia stacjonarnego		ul. Grabiszyńska .....
2	dyżur lekarski od pon.- pt, dni wolne i święta		ul. Grabiszyńska
3.	Udzielanie świadczeń w poradni popołudniowej po 15.05		ul. Grabiszyńska
4	Badania endoskopowe EBUDS wykonywane po 15.05	Stawka /badanie .....	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/łam 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, 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 (SWKO) dokumenty i oświadczenia jako załączniki:
  - a. 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),
  - b. 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 – jeśli dotyczy,

- c. kopie dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - d. odpis dyplomu ukończenia studiów medycznych,
  - e. odpis dyplomu specjalizacji II stopnia w wymaganej dziedzinie medycyny lub dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty w wymaganej dziedzinie medycyny,
  - f. odpis dyplomu naukowego,
  - g. odpis prawa wykonywania zawodu,
  - h. **certyfikaty, zaświadczenia, oświadczenia, dyplomy na potwierdzenie kwalifikacji określonych w § 7 ust. 2 SWKO,**
  - i. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – jeśli dotyczy,
  - j. orzeczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy + zaświadczenie orzekające o braku przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące – jeśli dotyczy;
  - k. dokument potwierdzający uzyskanie nr NIP i REGON – jeśli dotyczy,
- Kopie dokumentów, o których mowa w pkt. a)-k) 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,**
10. pełnomocnictwo w przypadku, gdy oferta sporządzona jest przez pełnomocnika.

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