

Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków

Gryfino, dnia

Pieczęć oferenta

Szpital Powiatowy w Gryfinie Sp. z o. o.
ul. Parkowa 5
74-100 Gryfino

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

1. DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:

- 1) Nazwa Oferenta¹
- 2) Siedziba Oferenta²
- 3) Nazwisko³
- 4) Imiona⁴
- 5) Adres zamieszkania⁵
- 6) Nazwa wykonywanej praktyki⁶
- 7) Siedziba praktyki (adres)⁷
- 8) Nr wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej⁸

¹ dot. tylko podmiotu leczniczego

² dot. tylko podmiotu leczniczego

³ dot. lekarzy i lekarzy prowadzących praktykę lekarską

⁴ dot. lekarzy i lekarzy prowadzących praktykę lekarską

⁵ dot. lekarzy i lekarzy prowadzących praktykę lekarską

⁶ dot. tylko lekarzy prowadzących praktykę lekarską

⁷ dot. tylko lekarzy prowadzących praktykę lekarską

⁸ dot. tylko lekarzy prowadzących praktykę lekarską

9) Nr wpisu do rejestru właściwego wojewody⁹

.....

10) Nr wpisu w Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej/lub KRS¹⁰

.....

11) nr tel./fax.

.....

12) Adres e-mail

13) NIP

14) Regon¹¹

2. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM OFERTY

1) Rodzaj świadczeń – : UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym – ordynacja i/lub dyżury

Zakres świadczeń: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym oraz w Poradni Chirurgii Ogólnej zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienia.**

3. OPIS KOMPETENCJI:

1) W przypadku, gdy oferentem jest podmiot leczniczy:

Lista imienna pracowników, którzy wykonywać będą w imieniu oferenta (podmiotu leczniczego) świadczenia zdrowotne w Szpitalu Powiatowym w Gryfinie Sp. z o.o. wraz ze wskazaniem ich tytułów zawodowych, nr prawa wykonywania zawodu, posiadanej specjalizacji (dziedzina specjalizacji, stopień specjalizacji), certyfikatów lub dyplomów potwierdzających nabycie przez lekarzy dodatkowych umiejętności, a w przypadku lekarzy będących w trakcie odbywania specjalizacji wskazania dziedziny w jakiej lekarz odbywa specjalizację, roku trwania specjalizacji, w przypadku lekarzy posiadających w innym państwie prawo wykonywania zawodu lekarza – informacje o złożeniu wniosku o wydanie decyzji, o której mowa w art. 7 ust. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, informacje o statusie postępowania administracyjnego, wydanych decyzjach i ewentualnym przyznaniu przez Okręgową Izbę Lekarską prawa wykonywania zawodu:

a)

b)

c)

d)

⁹ dot. tylko podmiotu leczniczego

¹⁰ dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą

¹¹ dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

2) W przypadku, gdy oferentem jest lekarz / lekarz prowadzący praktykę zawodową:

- a) Tytuł zawodowy
- b) Nr prawa wykonywania zawodu
- c) Nazwa uczelni/szkoły i kierunek ukończonych studiów/szkoły oraz Nr dyplomu uczelni/szkoły.....
- d) Posiadana specjalizacja:
 - a) dziedzina specjalizacji
 - b) stopień specjalizacji
 - c) nr dyplomu
- e) Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem lub innym dokumentem)
- f) w przypadku lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza w innym państwie – informacje o złożeniu wniosku o wydanie decyzji, o której mowa w art. 7 ust. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, informacje o statusie postępowania administracyjnego, wydanych decyzjach i ewentualnym przyznaniu przez okręgową radę lekarską prawa wykonywania zawodu –

4. HARMONOGRAM PRACY LUB OGÓLNA DOSTĘPNOŚĆ GODZINOWA:

- 1) ilość dni i godzin pracy w tygodniu :
 - a) ilość dni
 - b) liczba godzin

5. OFERTA CENOWA:

- 1) rodzaj jednostki rozliczeniowej
- 2) wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – należy wskazać wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową w zależności od zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty.....

6. INNE INFORMACJE MOGĄCE MIEĆ ZNACZENIE PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:

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

7. WSKAZANIE DO UMOWY NUMERU RACHUNKU BANKOWEGO:

.....

8. OFERENT OŚWIADCZA:

- 1) zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz ze wszystkimi informacjami zawartymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych Szpitala Powiatowego w Gryfinie Sp. z o. o.
- 2) będę wykonywał świadczenia objęte umową z Szpitalem Powiatowym w Gryfinie sp. z o.o. w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury Szpitala,
- 3) posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych złożoną ofertą¹²;
- 4) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 5) posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy OC do dnia zawarcia umowy*;
- 6) dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
- 7) w przypadku akceptacji złożonej przeze mnie oferty i ewentualnie po przeprowadzonych negocjacjach zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentach konkursu, w tym szczegółowym opisie przedmiotu postępowania w miejscu i terminie określonym przez Szpital Powiatowy w Gryfinie Sp. z o. o.

9. DO FORMULARZA OFERTOWEGO NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

- 1) kopie dokumentów potwierdzających kompetencje personelu wykonującego świadczenia w imieniu oferenta tj.:
 - a) dyplom ukończenia studiów
 - b) prawo wykonywania zawodu
 - c) dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje)
 - d) dokumenty potwierdzające złożeniu wniosku o wydanie decyzji, o której mowa w art. 7 ust. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wydane decyzje oraz potwierdzenie przyznania przez okręgową izbę lekarską prawa wykonywania zawodu¹³
- 2) kopie dokumentów rejestracyjnych oferenta¹⁴:

¹² dot. lekarzy prowadzących praktyki zawodowe

¹³ dot. lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza w innym państwie

¹⁴ dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą

- a) wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego wojewodę¹⁵ /zaświadczenie z rejestru praktyk zawodowych prowadzonego przez właściwą radę okręgowej izby lekarskiej¹⁶ ;
 - b) wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej lub do Krajowego Rejestru Sądowego;
- 3) zaświadczenie o nadaniu numeru Regon¹⁷;
 - 4) zaświadczenie o nadaniu numeru NIP;
 - 5) oryginał pełnomocnictwa lub kopię poświadczoną notarialnie w przypadku, o którym mowa w § 5 ust. 5 Szczegółowych warunków.

.....
podpis oferenta

¹⁵ dot. podmiotu leczniczego

¹⁶ dot. praktyki zawodowej

¹⁷ dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli było wydane)

