**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:**
2. Nazwa Oferenta[[1]](#footnote-1) ...........................................................................................................

………………………………………………………………………………………….

1. Siedziba Oferenta[[2]](#footnote-2) ...........................................................................................................

…………………………………………………………………………………………..

1. Nazwisko[[3]](#footnote-3) .......................................................................................................................
2. Imiona[[4]](#footnote-4) ........................................................................................................................
3. Adres zamieszkania[[5]](#footnote-5) .......................................................................................................
4. Nazwa wykonywanej praktyki[[6]](#footnote-6) .....................................................................................
5. Siedziba praktyki (adres)[[7]](#footnote-7) ...............................................................................................
6. Nr wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej[[8]](#footnote-8) ..........................................................
7. Nr wpisu do rejestru właściwego wojewody[[9]](#footnote-9) ………………………………………………………………………………………..
8. Nr wpisu w Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej/lub KRS[[10]](#footnote-10) ......................................................................................................................................
9. nr tel./fax. ……………………...…………………………………………………………………
10. Adres e-mail ..................................................................................................................
11. NIP ................................................................................................................................
12. Regon[[11]](#footnote-11)..........................................................................................................................
13. **OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM OFERTY**

**Rodzaj świadczeń:** UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH **jako lekarz:**

* **w Oddziale** **Chirurgii Ogólnej**
* **w Poradni Chirurgii Ogólnej**
* **w Poradni Ortopedycznej**

**Zakres świadczeń**:

* **Podstawowa ordynacja w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego w Gryfinie Sp. z o.o.**
* **Dyżury medyczne w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego w Gryfinie Sp. z o.o.**
* **Udzielanie świadczeń w Poradni Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego w Gryfinie Sp. z o.o. – miejsce udzielania świadczeń Gryfino**
* **Udzielanie świadczeń w Poradni Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego w Gryfinie Sp. z o.o. – miejsce udzielania świadczeń Chojna**
* **Udzielanie świadczeń w Poradni Ortopedycznej Szpitala Powiatowego w Gryfinie Sp. z o.o.**
1. **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) ………………………………………………………..;

e) ………………………………………………………..;

f) ………………………………………………………..;

g) ………………………………………………………..;

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

1. Tytuł zawodowy ..............................................................................................................
2. Nr prawa wykonywania zawodu .....................................................................................
3. Nazwa uczelni/szkoły i kierunek ukończonych studiów/szkoły oraz Nr dyplomu uczelni/ szkoły...............................................................................................................................
4. Posiadana specjalizacja:
5. dziedzina specjalizacji .................................................................................................
6. stopień specjalizacji .....................................................................................................
7. nr dyplomu ...................................................................................................................
8. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem lub innym dokumentem) ................................................
9. 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 dentysty, informacje o statusie postępowania administracyjnego, wydanych decyzjach i ewentualnym przyznaniu przez okręgową radę lekarską prawa wykonywania zawodu – .................................................................................................
10. **HARMONOGRAM PRACY LUB OGÓLNA DOSTĘPNOŚĆ GODZINOWA:**
11. ilość dni i godzin pracy w tygodniu : ilość dni/liczba godzin
12. Oddział Chirurgii Ogólnej :
* Podstawowa ordynacja ………………………………
* Dyżury ……………………………………………….
1. Poradnia chirurgii ogólnej

miejsce poradni : Gryfino

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień tygodnia |  |  |  |  |  |
| Dostępność godzinowa |  |  |  |  |  |

1. Poradnia chirurgii ogólnej

miejsce poradni : Chojna

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień tygodnia |  |  |  |  |  |
| Dostępność godzinowa |  |  |  |  |  |

1. Poradnia ortopedyczna

miejsce poradni : Gryfino

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień tygodnia |  |  |  |  |  |
| Dostępność godzinowa |  |  |  |  |  |

1. **OFERTA CENOWA:**
2. rodzaj jednostki rozliczeniowej :
* Podstawowa ordynacja …………………….
* Dyżury ……………………………………..
* Poradnie ……………………………………
1. wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – należy wskazać wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową w zależności od zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty

Oddział Chirurgii Ogólnej :

* Podstawowa ordynacja ………………………………

 Dyżury ……………………………………………….

 Poradnia: ……………………………………% ceny pkt wg stawki NFZ

1. **INNE INFORMACJE MOGĄCE MIEĆ ZNACZENIE PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:**

……………………………………………………………………………………….......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. **WSKAZANIE DO UMOWY NUMERU RACHUNKU BANKOWEGO:**

…………………………………………………………………………………………..........

1. **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 ofertą[[12]](#footnote-12);
		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 opisem przedmiotu postępowania w miejscu i terminie określonym przez Szpital Powiatowy w Gryfinie Sp. z o. o.
2. **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 zawodu[[13]](#footnote-13)

2) kopie dokumentów rejestracyjnych oferenta[[14]](#footnote-14):

a) wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego wojewodę[[15]](#footnote-15) /zaświadczenie z rejestru praktyk zawodowych prowadzonego przez właściwą radę okręgowej izby lekarskiej[[16]](#footnote-16) ;

b) wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej lub do Krajowego Rejestru Sądowego;

3) zaświadczenie o nadaniu numeru Regon[[17]](#footnote-17);

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

1. dot. tylko podmiotu leczniczego [↑](#footnote-ref-1)
2. dot. tylko podmiotu leczniczego [↑](#footnote-ref-2)
3. dot. lekarzy i lekarzy prowadzących praktykę lekarską [↑](#footnote-ref-3)
4. dot. lekarzy i lekarzy prowadzących praktykę lekarską [↑](#footnote-ref-4)
5. dot. lekarzy i lekarzy prowadzących praktykę lekarską [↑](#footnote-ref-5)
6. dot. tylko lekarzy prowadzących praktykę lekarską [↑](#footnote-ref-6)
7. dot. tylko lekarzy prowadzących praktykę lekarską [↑](#footnote-ref-7)
8. dot. tylko lekarzy prowadzących praktykę lekarską [↑](#footnote-ref-8)
9. dot. tylko podmiotu leczniczego [↑](#footnote-ref-9)
10. dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą [↑](#footnote-ref-10)
11. dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą. [↑](#footnote-ref-11)
12. dot. lekarzy prowadzących praktyki zawodowe [↑](#footnote-ref-12)
13. dot. lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza w innym państwie [↑](#footnote-ref-13)
14. dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą [↑](#footnote-ref-14)
15. dot. podmiotu leczniczego [↑](#footnote-ref-15)
16. dot. praktyki zawodowej [↑](#footnote-ref-16)
17. dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli było wydane) [↑](#footnote-ref-17)