

Załącznik nr 1  
do Szczegółowych warunków konkursu ofert  
o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów  
NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach sp. z o.o. przez lekarzy.

Słubice, dnia .....

Pieczęć Oferenta

NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w  
Słubicach sp. z o.o.  
ul. Nadodrzańska 6  
69-100 Słubice

**Formularz Ofertowy**  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów  
NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach sp. z o.o. przez lekarzy.

**1. Dane identyfikacyjne Oferenta:**

- 1) Nazwisko .....
- 2) Imiona .....
- 3) Adres zamieszkania .....
- 4) Nazwa wykonywanej praktyki .....
- 5) Siedziba praktyki (adres) .....
- 6) Nr wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej.....
- 7) Nr i miejsce wpisu w ewidencji działalności gospodarczej.....
- 8) NIP .....
- 9) Regon .....
- 10) Telefon kontaktowy .....

**2. Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty**

- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej oraz Izbie Przyjęć od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00 – 15.00
- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej oraz Izbie Przyjęć od poniedziałku do piątku w godzinach 15.00 – 7.00 dnia następnego.
- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej oraz Izbie Przyjęć w soboty, niedziele i święta w godzinach 7.00 – 7.00 dnia następnego
- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgicznej.

**3. Opis kompetencji:**

- 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:

- a) dziedzina specjalizacji .....
- b) stopień specjalizacji .....
- c) nr dyplomu .....
- 5) W trakcie specjalizacji:
  - a) dziedzina specjalizacji .....
  - b) rok trwania specjalizacji .....
- 6) Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem lub innym dokumentem) .....

**4. Miejsce udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi:**

Świadczenia wykonywane będą

- w lokalu
- poza lokalem

**5. Harmonogram pracy lub ogólna dostępność godzinowa (podać liczbę miesięczną):**

- w ramach dyżuru w dni robocze.....
- w ramach dyżuru w dni świąteczne.....

**6. Oferta cenowa:**

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Chirurgii Ogólnej oraz Izbie Przyjęć od poniedziałku do piatku w godzinach 7.00 – 15.00

\_\_\_\_\_ zł/ryczałt za dzień

- Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Chirurgii Ogólnej oraz Izbie Przyjęć od poniedziałku do piatku w godzinach 15.00 – 7.00 dnia następnego.

\_\_\_\_\_ zł/godz

- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Chirurgii Ogólnej oraz Izbie Przyjęć w soboty, niedziele i święta w godzinach 7.00 – 7.00 dnia następnego

\_\_\_\_\_ zł/godz

- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgicznej.

\_\_\_\_\_ zł/pkt

**7. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych**

.....

**8. Oświadczenie Oferenta zgodne ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego (należy załączyć do formularza ofertowego).**

**9. Do Formularza Ofertowego należy dołączyć: \*\*\***

1. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje:

- dyplom ukończenia studiów,
  - prawo wykonywania zawodu,
  - dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),
2. kopie dokumentów rejestracyjnych:
    - wypisu z właściwego rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej/Pielęgniarek i Położnych – na podstawie art. 18 lub 19 ustawy z dnia 15. kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
    - zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
  3. zaświadczenie o nadaniu numeru REGON,
  4. zaświadczenie o nadaniu numeru NIP,
  5. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, lub oświadczenie, że oferent wykupi taką polisę i dostarczy ją najpóźniej w dniu podpisania umowy,
  6. kopie zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy,
  7. nr rachunku bankowego zgodnie ze wzorem w załączniku nr 2 do Formularza Ofertowego,
  8. oryginał pełnomocnictwa w przypadku o którym mowa w § 5 ust.4 Szczegółowych warunków,
  9. wzór podpisu paraf osoby podpisującej formularz ofertowy i ofertę – stanowiący załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego.

.....

Podpis Oferenta

Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego

Dane Oferenta:

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

Oświadczenie Oferenta

Oświadczam, że jako oferent:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz ze wszystkimi informacjami zawartymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, określonych przez NZOZ Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach sp. z o.o.,
2. posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych złożoną ofertą,
3. posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy\*,
4. dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
5. nie wnoszę zastrzeżeń do projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie na warunkach , w miejscu i w terminie wyznaczonym przez udzielającego zamówienie,
6. sam/a rozliczam się z urzędem skarbowym,

7. zgłosiłem/łam swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis)

\*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do Formularza ofertowego

.....  
Miejscowość, data

Dane Oferenta:

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

Wniosek w sprawie rachunku bankowego:

Wnoszę o wpisanie nr rachunku bankowego do przyszłej umowy:

w rodzaju .....

w zakresie .....

nr rachunku bankowego .....

Podpis/y i pieczęć oferenta .....

Załącznik nr 3 do Formularza ofertowego

.....

Miejscowość, data

Dane Oferenta:

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

Wzór podpisu i paraf osoby podpisującej formularz ofertowy i ofertę

Czytelnie imię i nazwisko	
Podpis	

Parafa	
Pieczałka	