

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 Chorób Wewnętrznych z pododdziałem Gastroenterologicznym oraz Izbie Przyjęć od poniedziałku do piatku w godzinach 7.00 – 15.00
- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych z pododdziałem Gastroenterologicznym oraz Izbie Przyjęć od poniedziałku do piatku w godzinach 15.00 – 7.00 dnia następnego.
- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych z pododdziałem Gastroenterologicznym oraz Izbie Przyjęć w soboty, niedziele i święta w godzinach 7.00 – 7.00 dnia następnego

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 Oddziale Chorób Wewnętrznych z pododdziałem Gastroenterologicznym oraz Izbie Przyjęć od poniedziałku do piatku w godzinach 7.00 – 15.00

_____zł/ryczałt za dzień

- Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych z pododdziałem Gastroenterologicznym oraz Izbie Przyjęć od poniedziałku do piatku w godzinach 15.00 – 7.00 dnia następnego.

_____zł/godz

- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych z pododdziałem Gastroenterologicznym oraz Izbie Przyjęć w soboty, niedziele i święta w godzinach 7.00 – 7.00 dnia następnego

_____zł/godz

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	
Pieczętka	