

Formularz ofertowy na świadczenie lekarskich usług zdrowotnych w Oddziałach szpitalnych

Po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia dotyczącego konkursu ofert na świadczenie usług zdrowotnych i wzorem umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych niniejszym składam swoją ofertę na wykonywanie usług medycznych na zasadach podanych w ogłoszeniu:

I. Na udzielanie świadczeń w czasie ordynacji w oddziale
(w tym pełnienie zadań koordynatora/ Z-cy koordynatora w oddz.*)

II. Na udzielanie świadczeń w ramach opieki lekarskiej – dyżury*:

- Na zabezpieczenie dyżurowe oddziału
- Na zabezpieczenie dyżurowe oddziału
- Na zabezpieczenie dyżurowe oddziału
- Na zabezpieczenie dyżurowe oddziału/ oddziałów
- Na zabezpieczenie dyżurowe „pod telefonem” oddziału

III. Dane oferenta

Nazwa, siedziba oferenta (pieczęć jeśli posiada)	
Imię i nazwisko	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Nr telefonu komórkowego	
Nazwa Banku i nr konta	
NIP	
REGON	
Adres mailowy	

Oferent posiada*:

- Tytuł specjalisty I stopnia w dziedzinie:.....
- Tytuł specjalisty II stopnia w dziedzinie:.....
- Specjalizacja w dziedzinie (ukończona tzw. „nowym trybem”).....
- Jest w trakcie specjalizacji w dziedzinie:

Posiadane przez Oferenta tytuły naukowe:

- Tytuł profesora
- Tytuł doktora habilitowanego
- Tytuł doktora nauk medycznych

IV. Proponowany czas świadczenia usług i wynagrodzenie

1. Proponowane wynagrodzenie i czas świadczenia usług medycznych **w czasie ordynacji** w dni powszednie w minimalnym wymiarze czasu świadczenia usług * (deklarowana liczba godzin i wynagrodzenie nie powinno zawierać czasu pracy i wynagrodzenia przeznaczonego na poradnię, pracownię):

37,5 godzin tygodniowo - **zł brutto za m-c*** (w tym zawarte wynagrodzenie za pełnienie zadań Koordynatora / Z-cy koordynatora osób, które wskazały te czynności w części I)

lub

..... **godzin tygodniowo - zł brutto za m-c / godzinę / dzień*** (w tym zawarte wynagrodzenie za pełnienie zadań Koordynatora / Z-cy koordynatora osób, które wskazały te czynności w części I)

2. Wynagrodzenie za dyżury:

w Oddziale

a) przy minimalnej liczbie dyżurów m-nie - do 3-ch - w dni powszednie**zł brutto za godzinę,**

w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracy**zł brutto za godzinę,**

b) przy minimalnej liczbie dyżurów m-nie – do 6-ciu - w dni powszednie**zł brutto za godzinę,**

w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracy**zł brutto za godzinę,**

c) przy minimalnej liczbie dyżurów m-nie - od 7 - w dni powszednie**zł brutto za godzinę,**

w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracy**zł brutto za godzinę,**

w Oddziale

a) przy minimalnej liczbie dyżurów m-nie - do 3-ch - w dni powszednie**zł brutto za godzinę,**

w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracy**zł brutto za godzinę,**

b) przy minimalnej liczbie dyżurów m-nie – do 6-ciu - w dni powszednie**zł brutto za godzinę,**

w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracy**zł brutto za godzinę,**

c) przy minimalnej liczbie dyżurów m-nie - od 7 - w dni powszednie**zł brutto za godzinę,**

w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracy**zł brutto za godzinę,**

d) za zabezpieczenie dyżurowe „pod telefonem” oddziału **min. l. dyż. m-nie -**

w wysokości**zł brutto za godzinę.**

3. Inne:

4. Deklaracja wykonywania usług na bloku operacyjnym poza godzinami normalnej ordynacji:* TAK

NIE

Deklaracja co do chęci wykonywania usług na bloku operacyjnym poza godzinami normalnej ordynacji stanowi element informacyjny dla Udzielającego zamówienia, nie rodzi zobowiązania po stronie oferenta i może być zmieniona na etapie realizowania umowy.

V. Maksymalny okres obowiązywania umowy:

01.04.2019 r. – 31.12.2019 r. / 31.12.2020 r. *)

*) niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że:

1. świadczenia wykonywane będą w „Szpitalu Giżyckim” Sp. z o.o. z siedzibą w Giżycku, przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,
2. nie wnoszę zastrzeżeń do treści ogłoszenia, projektu umowy oraz posiadam niezbędne informacje do sporządzenia oferty,
3. jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi,
4. posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia,
5. załączniki w postaci kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - wpis do **rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**
 - wpis do ewidencji działalności gospodarczej CEIDG,
 - kopię statutu, odpis z KRS (jeśli dotyczy),
 - dyplom ukończenia studiów medycznych,
 - dyplomy posiadanych specjalizacji lub karta specjalizacyjna,
 - dyplomy o posiadanych tytułach naukowych,
 - prawo wykonywania zawodu,
 - orzeczenie lekarskie o zdolności do podjęcia świadczeń, wystawione przez lekarza medycyny pacy
 - aktualne zaświadczenie o szkoleniu BHP

zostały złożone Udzielającemu Zamówienia przy zawarciu poprzedniej umowy i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie*

lub stanowią załącznik do niniejszej oferty*.

*właściwie zaznaczyć

UWAGA!

Warunkiem podpisania umowy będzie przedstawienie aktualnej polisy **obowiązkowego** ubezpieczenia OC

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęćka, podpis)

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji oraz w przyszłości zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)”.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęćka, podpis)