

Kościerzyna,r.

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

WZAKRESIE:.....

WKOMÓRCE/-ACH ORGANIZACYJNEJ

1. Imię i nazwisko / nazwa Oferenta - podmiotu wykonującego działalność leczniczą:
.....
2. Pełna nazwa Oferenta
.....
3. Kwalifikacje Oferenta i kwalifikacje formalne personelu zatrudnianego przez podmiot wykonujący działalność leczniczą - posiadane specjalizacje (dziedzina medycyny, data uzyskania, jeśli osoba jest w trakcie specjalizacji - data rozpoczęcia i zakończenia), tytuły i stopnie naukowe, kursy i szkolenia:
.....
.....
4. Nr konta bankowego Oferenta.....
5. Nr wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i wskazanie organu dokonującego wpisu do rejestru:.....
6. REGON:.....NIP:.....
7. Adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą:
.....adres mailowy:
8. Adres do korespondencji:
9. Telefon: Nr prawa wykonywania zawodu i wskazanie OIL/OIPIP, która je wydała:
.....
10. Szczegóły składanej oferty :
- oferowany **rodzaj wykonywanych świadczeń zdrowotnych** (np.: praca w oddziale (w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie Sp. z o. o. w strukturach oddziałów pozostają jednoimienne poradnie) – normalna ordynacja, wyłącznie dyżur zwykły / świąteczny, wyłącznie praca w poradni, konsultacje, kierowanie Oddziałem itp.)

.....
.....
- **warunki finansowe brutto** Oferty (np. stawka za godzinę/punkt/poradę, ryczałt miesięczny za kierowanie Oddziałem, inne – proponowane formy rozliczeń muszą odpowiadać formom określonym w szczegółowych warunkach konkursu ofert, przewidzianych dla danego rodzaju świadczeń zdrowotnych – ratownicy medyczni podają stawkę godzinową za udzielanie świadczeń na SOR oraz w zespole wyjazdowym)
.....
.....
.....

11. Oferowana, minimalna **liczba** świadczeń zdrowotnych jaką Oferent zgodzi się realizować na wskazanych w Ofercie warunkach finansowych (np. liczba godzin miesięcznie, liczba dyżurów (z podziałem na zwykłe i świąteczne – w skali jednego miesiąca), liczba dni pracy w miesiącu (konkretne dni tygodnia i godziny ordynacji), liczba udzielonych świadczeń/ wykonanych zabiegów).....
.....
.....

Świadczenia zdrowotne będą / nie będą* udzielane przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienie. Oświadczam, że w ramach umowy zapewniam
.....
.....

Oświadczam, że z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na świadczenia zdrowotne, Regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem umowy zapoznałem/łam się i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń, a złożenie niniejszej Oferty należy traktować jako akceptację w/w dokumentów

Oświadczam, że dopuszczam - na wniosek Udzielającego zamówienia - za zgodą obu stron, możliwość zmiany bądź rozszerzenia miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zobowiązuję się, w przypadku, gdy złożona przeze mnie Oferta zostanie przyjęta, do rozwiązania umowy o pracę zawartej ze Szpitalem Specjalistycznym w Kościerzynie Sp. z o. o. (w rodzaju świadczeń zdrowotnych objętym Ofertą) – najpóźniej z dniem poprzedzającym zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do nie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych mającej być wynikiem wyboru niniejszej Oferty, w przypadku braku rozwiązania wyżej wymienionej umowy o pracę (dotyczy osób zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umowy o pracę).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów przeprowadzenia konkursu ofert.

Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej/ pielęgniarskiej/ działalności gospodarczej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.

.....
Pieczęć i podpis Oferenta

Załączniki do Oferty – kopie dokumentów **poświadczane podpisem Oferenta za zgodność z oryginałem** (nie dotyczy to sytuacji, gdy dokumenty zostały złożone w poprzednich konkursach, a nie straciły ważności) –

1. Kopie: prawa wykonywania zawodu, dyplomu/ świadectwa, dokumentu potwierdzającego wymaganą specjalizację lub jej rozpoczęcie, wpisu do indywidualnych/grupowych praktyk lekarskich,
2. Kopia zaświadczenia o wpisie do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z kopią wyciągu z Księgi rejestrowej ze wskazaniem adresu Szpitala jako miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych (**przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego**) lub pisemnym zobowiązaniem Oferenta dostarczenia w ciągu 7 dni od dnia podpisania umowy pod rygorem rozwiązania umowy w drodze wypowiedzenia ww. wyciągu z Księgi rejestrowej – dotyczy lekarzy oraz pielęgniarek / pielęgniarzy,
3. Kopia Polisy OC (na kwotę określoną w rozp. MF z 22.12.2011r. w spr. obowiązkowego ubezpieczeniowego OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne) / oświadczenie o przedłożeniu Polisy OC najpóźniej w momencie zawarcia umowy,
4. Certyfikat Kursu Ochrony Radiologicznej Pacjenta (jeśli wymagane),
5. Kopia wpisu do Ewidencji działalności gospodarczej lub do Krajowego Rejestru Sądowego, nadania numeru REGON, Kopia nadania numeru NIP,
6. Zaświadczenie lekarskie
7. kopia prawa jazdy oraz kopia zezwolenia na prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych – dotyczy ratowników medycznych,
8. Życiorys, kopie dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe (nieobowiązkowe), inne wymagane dokumenty.

* - skreślić niewłaściwe