

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę ortopedii i traumatologii narządu ruchu i/lub lekarza specjalistę chirurgii ogólnej w poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej i/lub poradni chirurgii ogólnej i/lub w ramach komórek organizacyjnych pionu medycznego na rzecz pacjentów Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach

I. DANE OFERENTA:

Pełna nazwa i adres Oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem Oferenta)

.....

Telefon do kontaktu:

			-				-			
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

Adres e mail :

.....

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (nr NIP):

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zawód:

.....

Nr prawa wykonywania zawodu:

.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)

.....

Nr dokumentu specjalizacji.

.....

Proponowany termin rozpoczęcia świadczenia usług:

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

II. OFERTA CENOWA I DOSTĘPNOŚCI

L.p.	Zakres świadczeń zdrowotnych	J.m.	Minimalna ilość stosunku miesięcznym: - punktów: dotyczy wiersza 1-2 - godzin: dotyczy wiersza 3-4	Proponowane wynagrodzenie za świadczenie usług medycznych: - cena za 1 punkt: dotyczy wiersza 1-2 - cena za 1 h brutto: dotyczy wiersza 3-4
1	2	3	4	5
1	udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni Chirurgii Ogólnej	pkt.		 zł brutto/1 punkt (Słownie)
2	udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	pkt.		 zł brutto/1 punkt (Słownie)
3	udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w ramach Oddziału Chirurgii Ogólnej	h		 zł brutto/1 godzinę (Słownie)
4	Pełnienie gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej	h	nie dotyczy	 zł brutto/1 godzinę (Słownie)

Uwaga:

- W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli:
- w wierszu „L.p. 1 i 2” należy podać cenę - za **1 punkt brutto**, zgodnie z wyceną punktową określoną w załączniku do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – „Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych” obowiązującym w danym okresie rozliczeniowym;
- w wierszu „L.p. 3” należy podać **stawkę brutto za 1 godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych,
- w wierszu „L.p. 4” należy podać **stawkę brutto za 1 godzinę** pełnienia gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo.

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

III. OŚWIADCZENIE OFERENTA *

Oświadczam, że :

1. **Zapoznałam/em się** z treścią ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń dotyczących ww. dokumentów;
2. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia;
3. **zapoznałam/em się** z projektem umowy i akceptuję warunki w niej zawarte;
4. wykonam świadczenia wymienione w ofercie zgodnie z przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i treścią umowy zawartej z udzielającym zamówienia;
5. **nie jestem zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza i lekarza dentysty;**
6. nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszone w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym;
7. nie mam przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
8. samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em;
9. **nie świadczę pracy** w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Kartuzach na podstawie stosunku pracy. Oświadczam, że posiadam wiedzę, że nie można świadczyć usług jednocześnie na podstawie umowy o pracę w tym samym zakresie.
10. **posiadam** ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej*/**zawrę** umowę o odpowiedzialności cywilnej* na warunkach wskazanych w projekcie umowy;
11. **dotychczas wykonywałam/em*/nie wykonywałam/em*** na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w cz. IV Formularza Ofertowego znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia i są aktualne;
12. zobowiązuję się do dostarczenia do dnia zawarcia umowy zawarcia umowy kserokopii następujących dokumentów:
 - potwierdzających ukończenie kursu BHP,
 - stosownych zaświadczeń lekarskich,
 - dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej,
 - informacji z Krajowego Rejestru Karnego.

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

* **niepotrzebne skreślić**

IV. W CELU UZNANIA, ŻE OFERTA SPEŁNIA WYMAGANE WARUNKI, OFERENT DOŁĄCZA DO OFERTY NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY **

(na podstawie części V SWKO):

- 1) kserokopie (na żądanie udzielającego zamówienia oryginały) dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu **lekarza** - odpowiednie do części konkursu w ramach której składana jest oferta (**dyplom, prawo wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacji w zakresie ortopedii i traumatologii ruchu, chirurgii ogólnej, stopnie i tytuły naukowe, potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji, potwierdzenie ukończenia kursów, ochrona radiologiczna pacjenta**, itd.);
- 2) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez pełnomocnika upoważnionego do występowania w imieniu Oferenta;
- 3) inne, dodatkowo składane przez oferenta:

** **nie dotyczy** jeżeli Udzielającemu Zamówienia dostarczono wymagane dokumenty z racji realizacji wcześniej zawartych umów z Oferentem

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)