

O F E R T A

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie pediatrii wraz z pełnieniem funkcji kierownika Oddziału Pediatrii i Poradnią Pediatriczną w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. zlokalizowanym przy ul. Floriana Ceynowy 7 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.

.....

Doświadczenie zawodowe w pracy w ochronie zdrowia na stanowisku kierowniczym – należy podać wartość w pełnych latach kalendarzowych

Proponowany termin rozpoczęcia świadczenia usług:

.....

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

II. OFERTA CENOWA:

| L.p. | Zakres świadczeń zdrowotnych | Proponowane wynagrodzenie | Minimalna liczba godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego za wyjątkiem wiersza 2 |
|------|--|---|--|
| 1. | Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w komórkach organizacyjnych pionu medycznego | Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług medycznych zł brutto/godz. (słownie) | godz. miesięcznie |
| 2. | Świadczenie usług medycznych w ramach kierowania Oddziałem Pediatrii i Poradnią Pediatryczną | Proponowane wynagrodzenie ryczałtowe za 1 miesiąc kalendarzowy zł brutto/godz. (słownie) | 36 m-cy |

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli.
2. *W wierszu „L.p. 2” „Proponowane wynagrodzenie” należy podać stawkę brutto za 1 miesiąc wynagrodzenia ryczałtowego w ramach kierowania Oddziałem Pediatrii i Poradnią Pediatryczną.
3. 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 zawieszony 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 zamówienie 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;

.....
(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 (dyplom, stopnie i tytuły naukowe, potwierdzenie ukończenia kursów, dyplomy specjalizacji, itd.)**,
- 2) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez pełnomocnika upoważnionego do występowania w imieniu Oferenta**,
- 3) oświadczenie potwierdzające, iż oferent posiada 5 letnie doświadczenie w pracy w ochronie zdrowia na stanowisku kierowniczym wraz ze wskazaniem podmiotu, na rzecz którego świadczenia były udzielane oraz zajmowanego stanowiska,
- 4) inne, dodatkowo składane przez oferenta:

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

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