

FORMULARZ OFERTOWY

**UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ CHIRURGII NACZYNIOWEJ/CHIRURGII OGÓLNEJ/RADIOLOGII W ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ Z PODODDZIAŁEM CHIRURGII OGÓLNEJ W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO**

**1. Dane oferenta**

Imię i nazwisko ..... telefon.....

e-mail.....

adres: .....

ulica.....nr.....

PESEL ..... NIP .....REGON .....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do Rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą.....

Nazwa firmy.....

Specjalizacja (nazwa i stopień) .....

Podane powyżej dane są środkami komunikacji, którymi będę się posługiwać w kontakcie z Udzielającym Zamówienia w trakcie prowadzonego konkursu. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane za pośrednictwem przywołanych wyżej środków komunikacji uznaję za skutecznie złożone przez Udzielającego Zamówienia.

**2. Przedmiot oferty**

Złożona przeze mnie oferta jest ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie..... w Oddziale Chirurgii Naczyniowej z Pododdziałem Chirurgii Ogólnej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego

.....  
Data i podpis

**3. Oferta cenowa**

Cena jaką oferuję za udzielanie świadczeń zdrowotnych, które stanowią przedmiot Konkursu ofert to:

- a. .... **zł brutto** za 1 godzinę dyżuru realizowanego w dni powszednie od godz 14:35 do 7:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta od 7:00 do 7:00 dnia następnego,

- b. .... **zł brutto** za 1 godzinę pełnienia dyżuru pod telefonem (poniedziałek – piątek w godzinach 14.35 - 7.00, oraz w soboty, niedziele i święta od 7:00 do 7:00 dnia następnego) z zastrzeżeniem pkt c,
- c. ....**zł brutto** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych podczas pełnienia dyżuru pod telefonem,
- d. .... **% (łącznie do podziału)** - od wartości wykonanych przez lekarzy (w charakterze głównego operatora bądź asystenta operatora) w danym miesiącu w Oddziale Chirurgii procedur operacyjnych w ramach ryczałtu PSZ oraz czasu pracy zapewniającej funkcjonowanie oddziału(...)

#### 4. Tytuły naukowe, zawodowe i doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne:

Oświadczam, że:

- 1) posiadam następujący tytuł naukowy w zakresie nauk medycznych: .....
- 2) podlegające ocenie okresy udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **chirurgii naczyniowej/ogólnej/radiologii** (właściwe podkreślić) wynoszą łącznie: .....

#### 5. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu:

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę chirurgii **naczyniowej/chirurgii ogólnej/ radiologii** w Oddziale Chirurgii Naczyniowej z Pododdziałem Chirurgii Ogólnej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego **od 1 września 2022 r. do 31 sierpnia 2025 r.**

.....

Data i podpis

#### 6. Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę **chirurgii naczyniowej/chirurgii ogólnej/ radiologii** w Oddziale Chirurgii Naczyniowej z Pododdziałem Chirurgii Ogólnej (stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO) i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do SWKO oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

.....

Data i podpis

Zobowiązuję się do posiadania ważnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 1 do SWKO.

.....

Data i podpis

Oświadczam, że nie jestem pozbawiona/y, ani zawieszona/y w prawach do wykonywania zawodu na mocy prawomocnego wyroku karnego sądu powszechnego ani zawodowego sądu lekarskiego, a w chwili składania niniejszej oferty nie toczy się przeciwko mnie postępowanie przygotowawcze, które mogłoby prowadzić do pozbawienia mnie prawa wykonywania zawodu.

.....

Data i podpis

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w podanym wyżej zakresie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. prof. Ludwika Bierkowskiego w Poznaniu wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do przeprowadzenia Konkursu ofert. Oświadczam, że jestem świadoma/y przysługujących mi praw związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych jest równoznaczne z wycofaniem oferty z Konkursu.

.....

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu, dokument potwierdzający tytuł naukowy, dyplom lekarza, dyplom specjalizacji,
2. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Okręgowa Rada Lekarska),
3. Wpis do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej (CEIDG),
4. Polisę ubezpieczenia OC,
5. Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,

6. Opis przebiegu pracy zawodowej wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnianie wymagań określonych w SWKO – CV