

**FORMULARZ OFERTOWY**

**UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU: LECZENIE SZPITALNE W ZAKRESIE: ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA II POZIOM REFERENCYJNY-HOSPITALIZACJA- POSTĘPOWANIE UZUPEŁNIAJĄCE W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO**

+

**1. Dane oferenta**

Imię i nazwisko.....

telefon.....

email.....

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 rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Anestezjologia i Intensywna Terapia II poziom referencyjny - hospitalizacja** w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego

.....  
Data i podpis

**3. Oferta**

**a) Cena**

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

- i. stawki za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w wysokości brutto: ..... zł (słownie: .....),
- ii. stawki za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego (dni powszednie 15:00-7:00 rano; w soboty, niedziele i święta przez całą dobę) w wysokości brutto: ..... zł (słownie: .....),
- iii. stawki za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w czasie czwartego i kolejnych dyżurów medycznych (dni powszednie 15:00-7:00 rano; w soboty, niedziele i święta przez całą dobę) w danym miesiącu, w wysokości brutto: ..... zł (słownie: .....).

Od czwartego dyżuru stawka wzrasta o ..... i wynosi ..... **zł brutto**

**b) Tytuły naukowe, zawodowe i doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne:**

	<b>ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE</b>
<b>Tytuł naukowy w zakresie nauk medycznych</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. tytuł doktora nauk medycznych - <b>5 pkt</b>,</li> <li>2. tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych - <b>10 pkt</b>,</li> <li>3. tytuł profesora nauk medycznych - <b>15 pkt</b>.</li> </ol>
<b>Doświadczenie w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. do 5 lat doświadczenia - <b>5 pkt</b>,</li> <li>2. do 10 lat doświadczenia - <b>10 pkt</b>,</li> <li>3. powyżej 15 lat doświadczenia - <b>15 pkt</b>,</li> </ol>

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

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarza specjalistę w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Anestezjologia i Intensywna Terapiia II poziom referencyjny - hospitalizacja** w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego **od 1 maja 2023 r. do 30 kwietnia 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 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Anestezjologia i Intensywna Terapiia II poziom referencyjny - hospitalizacja** 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