

FORMULARZ OFERTOWY

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ 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

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko.....

Telefon email.....

adres:.....

PESEL:..... Nr prawa wykonywania zawodu

Udzielający zamówienia jest uprawniony do kontaktu z Oferentem za pośrednictwem wskazanych powyżej środków komunikacji w trakcie konkursu ofert. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane za pośrednictwem określonych wyżej środków komunikacji uznają się za skutecznie złożone przez Udzielającego zamówienia.

2. Przedmiot oferty

Złożona przeze mnie oferta jest ofertą na udzielanie przez lekarza świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Anestezjologia i Intensywna Terapia II poziom referencyjny – hospitalizacja w ramach umowy zlecenia 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:

- stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku do 100 godzin w miesiącu w wysokości brutto: zł (słownie:),
- stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku powyżej 100 godzin w miesiącu w wysokości brutto: zł (słownie:),

b) stopień specjalizacji i doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne:

	<u>ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE</u>
Specjalizacja lekarska	1. w trakcie specjalizacji - 5 pkt , 2. I stopień specjalizacji - 10 pkt , 3. specjalista - 15 pkt .

	<u>ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE</u>
Doświadczenie w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii	1. do 5 lat doświadczenia – 5 pkt , 2. powyżej 5 do 10 lat doświadczenia – 10 pkt , 3. powyżej 10 lat doświadczenia – 15 pkt ,

4. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu:

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach umowy zlecenia przez **lekarza 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 21.08.2026 r. do 20.08.2028 r.**

.....
Data i podpis

5. Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy zlecenia na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarza 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.

3

.....

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 byłam/em karana/y w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

.....

Data i podpis

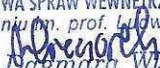
Oświadczam, że nie jestem pozbawiona/y, ani zawieszona/y w prawach do wykonywania zawodu na mocy prawomocnego wyroku karnego sądu powszechnego ani zawodowego sądu lekarskiego, a w chwili składania niniejszej oferty nie toczy się przeciwko mnie postępowanie przygotowawcze, które mogłoby prowadzić do pozbawienia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

.....

Data i podpis

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu, dokument potwierdzający specjalizację, dyplom lekarza oraz udokumentowany opis doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
2. Polisa ubezpieczenia OC,
3. Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,
4. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego – opatrzone datą nie wcześniejszą niż 6 miesięcy przed dniem zgłoszenia do Konkursu ofert.
5. Opis przebiegu pracy zawodowej wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnianie wymagań określonych w SWKO.

.....
Zastępca Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
MINISTERSTWA SPRAW WĘWNETRZNYCH I ADMINISTRACJI
w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego

Dagmara Węczorek
radca prawny

Formularz ofertowy