

FORMULARZ OFERTOWY W KONKURSIE OFERT

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RODZAJU LECZENIE SZPITALNE W ZAKRESIE ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko

telefon..... e-mail.....

adres:

NIP REGON.....

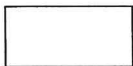
Nr prawa wykonywania zawodu.....

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 do mnie za pośrednictwem przywołanych wyżej środków komunikacji uznaję za skutecznie złożone przez Udzielającego Zamówienia.

2. Przedmiot oferty

Składam ofertę na:

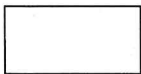
1) na udzielanie przez lekarza świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: Leczenie szpitalne w zakresie: ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja; ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja - pakiet onkologiczny; ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym; ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja - świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (świadczenia finansowane odrębnie w psz); ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja - zabiegi endoprotezoplastyki (świadczenia sprawozdawane w ryczałcie psz); ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja- świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w psz)



(zaznacza oferent składający ofertę na udzielanie świadczeń w określonych wyżej zakresach wraz z pełnieniem dyżurów medycznych)

.....
Data i podpis

- 2) pełnienie funkcji Lekarza Kierującego Oddziałem Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu z Pododdziałem Chirurgii Kręgosłupa i Ortopedii Onkologicznej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego



.....

Data i podpis

3. Cena oferowana

- 1) Oferuję cenę za udzielanie świadczeń zdrowotnych, które stanowią przedmiot Konkursu ofert:

- zł (słownie złotych:) brutto za jedną godzinę pełnienia dyżuru medycznego w Oddziale zgodnie z Harmonogramem;
- udział w kwocie stanowiącej % zatwierdzonej przez NFZ wartości podlegających rozliczeniu w danym miesiącu procedur operacyjnych wykonanych przez lekarzy kontraktowych w Oddziale na podstawie zawartych przez nich umów, w zakresie ortopedia w ramach ryczału PSZ ;
- udział w kwocie stanowiącej % zatwierdzonej przez NFZ wartości podlegających rozliczeniu w danym miesiącu procedur operacyjnych wykonanych przez lekarzy kontraktowych w Oddziale na podstawie zawartych przez nich umów, w zakresie ortopedia poza ryczałem PSZ;

- 2) zł (słownie złotych:.....) brutto za wykonywanie w jednym miesiącu obowiązywania umowy obowiązków Lekarza Kierującego Oddziałem Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu z Pododdziałem Chirurgii Kręgosłupa i Ortopedii Onkologicznej.

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

	<u>ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE</u>
Tytuł naukowy w zakresie nauk medycznych w	• tytuł doktora nauk medycznych - 5 pkt, • tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych - 10 pkt, • tytuł profesora nauk medycznych - 15 pkt.
	- <u>ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE</u>

Doświadczenie w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresach objętych przedmiotem postępowania	• do 5 lat doświadczenia –5 pkt, • powyżej 5 lat do 10 lat doświadczenia –10 pkt, • powyżej 10 lat doświadczenia – 15 pkt,
---	---

5. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu:

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju Leczenie szpitalne w zakresie Ortopedia i Traumatologia Narządu Ruchu w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego od 1 lipca 2026 r. do 30 września 2026 r.

.....
Data i podpis

6. Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju Leczenie szpitalne w zakresie Ortopedia i Traumatologia Narządu Ruchu w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego (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

Gal

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 byłem/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

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:

- Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu, dokument potwierdzający tytuł naukowy, dyplom lekarza,
- Dyplom specjalizacji/
- Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
- Polisa ubezpieczenia OC,
- Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,
- Opis przebiegu pracy zawodowej wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnianie wymagań określonych w SWKO
- Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego

Bul