Załącznik nr 2 do SWKO

FORMULARZ OFERTOWY

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH REALIZOWANYCH PRZEZ LEKARZA W IZBIE PRZYJĘĆ 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 .....

Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących 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 realizowanych przez lekarza w Izbie Przyjęć** 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:
..... **zł brutto** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy.

b) **stopień specjalizacji i doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych:**

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

	ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE
Doświadczenie w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych	1. do 5 lat doświadczenia –**5 pkt**, 2. powyżej 5 lat 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 realizowanych przez lekarza w Izbie Przyjęć** w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego **od 1 grudnia 2026 r. do 31 stycznia 2027 r.**

.....

Data i podpis

5. Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na **udzielanie przez lekarza świadczeń zdrowotnych realizowanych w Izbie Przyjęć** (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 do 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 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

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. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe: prawo wykonywania zawodu, dokument potwierdzający specjalizację, dyplom lekarza oraz udokumentowany opis doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych..
2. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Okręgowa Rada Lekarska),
3. Wpis do Centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej (CEIDG),
4. Polisa ubezpieczenia OC,
5. Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,
6. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego – opatrzone datą nie wcześniejszą niż 6 miesięcy przed dniem zgłoszenia do Konkursu ofert.