OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

....
/Imię i nazwisko składającego ofertę/ /PESEL/

.....
/adres zamieszkania/

.....
/kwalifikacje zawodowe/

.....
/numer wpisu do rejestru indywidualnych (indywidualnych specjalistycznych) praktyk lekarskich – nazwa organu dokonującego wpisu

.....
/pełna nazwa prowadzonej działalności/

....
/adres prowadzonej działalności/ /REGON/ /NIP/

Do
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Siedlcach

W związku z ogłoszeniem przez SPZOZ w Siedlcach konkursu ofert - niniejszym składam ofertę **na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu SPZOZ w Siedlcach w ramach całodobowej opieki medycznej**

w Oddziale .....

I. Proponuję następujące warunki udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Zawarcie umowy na okres od ..... do .....
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych **w łącznym wymiarze miesięcznym** około ..... jednostek rozliczeniowych (godzin),
   w tym w przedziałach czasowych:
   8^{00} - 14^{00} ..... jednostek rozliczeniowych,
   14^{00} - 8^{00} ..... jednostek rozliczeniowych
   lub
   8^{00} - 8^{00} ..... jednostek rozliczeniowych,
   inne preferowane przedziały czasowe:
   ..... - .... jednostek rozliczeniowych,
   ..... - .... jednostek rozliczeniowych.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych wg planu ustalonego przez Ordynatora (koordynatora) lub Jego zastępcę.
4. Proponowana kwota odpłatności za udzielanie świadczeń zdrowotnych:
   a) kwota ..... zł brutto za 1 jednostkę rozliczeniową (godzinę),
   b) za opiekę medyczną nad pacjentem podczas transportu do innego świadczeniodawcy ..... zł brutto za 1 transport medyczny
   c) kwota .....zł brutto za udzielenie porady lekarskiej 1 pacjentowi w Ogólnej Izbie Przyjęć Szpitala,
   d) kwota ..... zł brutto/mies. za koordynowanie prac Zespołu ds. antybiotykoterapii,
   e) kwota ..... zł brutto/mies. za wykonywanie zadań lekarza transfuzjologa.

Oświadczam, że:

2. Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert oraz materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu, a w szczególności ze szczegółowymi warunkami przeprowadzenia konkursu.

2. Zapoznałam/łem się z warunkami projektu umowy na udzielanie świadczeń objętych konkursem ofert i nie wnoszę uwag/wnoszę* następujące uwagi .....

3. **Posiadam odpowiednie kwalifikacje, wiedzę i doświadczenie niezbędne do realizacji oferowanych świadczeń.**
4. Nie została rozwiązana (z winy oferenta) umowa na realizację świadczeń z zakresu objętego konkursem.
5. Posiadam aktualne **orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych.**
6. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach najpóźniej w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia, następujących dokumentów:
   1) **umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej** zawartej zgodnie z przepisami, określonymi przez ministra właściwego do spraw instytucji finansowych,
   2) **aktualnego zaświadczenia lekarskiego z przeprowadzonych badań profilaktycznych,** stwierdzającego brak przeciwwskazań do wykonywania zadań objętych postępowaniem konkursowym,
   3) **zaświadczenia o odbyciu szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny** pracy co najmniej z zakresu podstawowego, okresowego lub szkolenia dla pracodawców,
   4) **zaświadczenia o odbyciu szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy przy stosowaniu urządzeń wytwarzających pola elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości (dot. Oddziału Chirurgii Ogólnej, Kardiologicznego, Bloku Operacyjnego i OAiIT).**

II. Inne informacje, które oferent chce przekazać Udzielającemu zamówienia w związku ze składaniem niniejszej oferty .....
.....

IV. Do oferty załączam dokumenty tj.:

1. Kopia **dyplomu** ukończenia Akademii Medycznej/Uniwersytetu Medycznego*
2. Kopia **prawa wykonywania zawodu***
3. Inne dokumenty potwierdzające posiadane **kwalifikacje**
   .....
   /podać jakie/
4. Kopia **wpisu do indywidualnych (indywidualnych specjalistycznych) praktyk lekarskich***
5. Kopia **zaświadczenia o wpisie do ewidencji gospodarczej***
6. Kopia zaświadczenia o nadaniu numeru identyfikacyjnego **REGON***
7. Kopia zaświadczenia o nadaniu numeru identyfikacji podatkowej **NIP***

Oświadczam, że nie załączam dokumentów wymienionych w pkt.: .....
ponieważ są w posiadaniu SPZOZ-u w Siedlcach.

V. Dodatkowo zobowiązuję się:

1) przedłożyć do wglądu w Dziale Kadr i Płac oryginały dokumentów wymienionych w dziale IV w celu potwierdzenia ich zgodności,
2) niezwłocznie dostarczyć zaktualizowane dokumenty wymienione w dziale IV w przypadku ich zmiany lub przedłużenia terminów ich ważności.

VI. Dodatkowo oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych w celu wyłonienia oferenta do oferowanych świadczeń objętych konkursem.

.....
podpis i pieczątka OFERENTA

*niepotrzebne skreślić