

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 SPZOK w Siedlcach konkursu ofert - niniejszym składam ofertę **na udzielanie świadczeń zdrowotnych zakresie ginekologii i położnictwa tj.:**

- 1) **stacjonarna, całodobowa opieka lekarska w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Szpitala SPZOK w Siedlcach przy ul. Starowiejskiej 15,**
- 2) **ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w Poradni Ginekologiczno-Położniczej przy ul. Mazurskiej 1 oraz przy ul. Starowiejskiej 15 w Siedlcach**

I. Proponuję następujące warunki udzielania w/w świadczeń zdrowotnych:

- 1) zawarcie umowy na okres od do
- 2) udzielanie stacjonarnych świadczeń w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w łącznym wymiarze miesięcznym około jednostek rozliczeniowych
- 3) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń w Poradni Ginekologiczno-Położniczej przy ul. Mazurskiej 1/Starowiejskiej 15 w Siedlcach wg harmonogramu, który będzie ustalany przez Ordynatora Oddziału 1 raz na kwartał do 20-ego dnia miesiąca poprzedzającego nowy kwartał realizacji świadczeń w Poradni Ginekologiczno-Położniczej,
- 4) wynagrodzenie za udzielanie świadczeń:

a) w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym:

..... zł brutto za 1 jednostkę rozliczeniową (godzinę);
dodatek w wysokości zł brutto za opiekę lekarską podczas 1 transportu pacjenta do innego świadczeniodawcy;
.....zł brutto za udzielenie porady lekarskiej 1 pacjentowi w Ogólnej Izbie Przyjęć Szpitala,

b) w Poradni Ginekologiczno-Położniczej:

..... zł brutto za 1 jednostkę rozliczeniową (punkt);
..... zł brutto za 1 jednostkę rozliczeniową (świadczenie z katalogu świadczeń odrębnych – pobranie materiału);
..... zł brutto za 1 godzinę świadczeń zabiegowych.
.....zł brutto za udzielenie 1 konsultacji medycznej osobom kierowanym przez MEDIKOVER Sp. z o.o

Oświadczam, że:

- 1) 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:

a) **umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej** zawartej zgodnie z przepisami, określonymi przez ministra właściwego do spraw instytucji finansowych,

b) **aktualnego zaświadczenia lekarskiego z przeprowadzonych badań profilaktycznych**, stwierdzającego brak przeciwwskazań do wykonywania zadań objętych postępowaniem konkursowym,

c) **zaświadczenia o odbyciu szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny** pracy co najmniej z zakresu podstawowego, okresowego lub szkolenia dla pracodawców,

d) **zaświadczenia o odbyciu szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy przy stosowaniu urządzeń wytwarzających pola elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości.**

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

IV. **Do oferty załączam kopię dokumentów tj.:**

1) **dyplom** ukończenia Akademii Medycznej/Uniwersytetu Medycznego*

2) **prawo wykonywania zawodu***

3) inne dokumenty potwierdzające posiadane **kwalifikacje**

.....
/podać jakie/

4) **wpis do indywidualnych (indywidualnych specjalistycznych) praktyk lekarskich***

5) **zaświadczenie o wpisie do ewidencji gospodarczej***

6) zaświadczenie o nadaniu numeru identyfikacyjnego **REGON***

7) zaświadczenie 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 pieczęćka OFERENTA

*niepotrzebne skreślić