Załącznik Nr 1 do Regulaminu przeprowadzenia konkursu ofert w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie.

Formularz ofertowy

Imię i nazwisko .....

telefon .....

adres zamieszkania:

kod.....miejscowość.....

ulica.....nr.....

PESEL ..... NIP ..... REGON.....

NPWZ ……. Specjalizacja…….

W trakcie specjalizacji ……

Nazwa i adres praktyki lekarskiej.....

.....

Oferta na udzielanie świadczeń lekarskich na oddziale wewnętrznym z pododdziałem kardiologicznym w SPZOZ w Krotoszynie

1/ Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w SPZOZ w Krotoszynie zgodnie z ogłoszeniem o konkursie ofert, będących w kompetencji lekarza:

- w ilości szacunkowej ..... godzin tygodniowo i ..... godzin miesięcznie – zgodnie z ustalonym przez ordynatora/ kierownika oddziału harmonogramem udzielania świadczeń,

- według stawki - **…….. zł za 1 godzinę** (pon.-pt., soboty, niedziele, święta)

2/ Deklaruję udzielanie świadczeń medycznych wg. następującego wariantu ***/ * zaznaczyć wybrany wariant poprzez podkreślenie właściwego/***

- **Wariant I: - tzw. kontrakt „dyżurowy”** *

Przyjmujący zamówienie będzie udzielał świadczeń lekarskich w dni robocze /od poniedziałku do piątku/ od 15:30 do 08.00 dnia następnego, a w soboty, niedziele i święta od 08.00 do 08.00 dnia następnego.

- **Wariant II: - tzw. kontrakt „całościowy” ***

Przyjmujący zamówienie będzie udzielał świadczeń lekarskich w dni robocze /od poniedziałku do piątku/ od godz. 08.00 do godz. 15.30 oraz od godz. 15.30 do godz. 08.00 rano dnia następnego, a także w soboty, niedziele i święta ustawowo wolne od pracy w godz. 08.00 – 08.00 rano dnia następnego.

Oświadczenia oferenta:

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert oraz projektem umowy o udzielenie zamówienia.
- Oświadczam, że posiadam kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
- Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą i z tego tytułu samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS - em.
- Oświadczam, że posiadam decyzję ZUS w sprawie upoważnienia mnie do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy.
- Jestem związany/na niniejszą ofertą przez czas wskazany w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert tj. **30 dni** od daty zakończenia terminu składania ofert.
- Zobowiązuję się do **zawarcia obowiązkowej umowy ubezpieczenia** od odpowiedzialności cywilnej na zasadach określonych w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 poz. 711 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019, poz. 866) - w przypadku zawarcia ze mną umowy o udzielenie zamówienia.
- Zawarta w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert treść wzoru umowy została przeze mnie zaakceptowana i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora konkursu.

..... dnia ....
/ pieczątka i czytelny podpis składającego ofertę/

.....
/pieczęć działalności gospodarczej /

Załączniki do oferty:

W przypadku dokonania wyboru oferent zobowiązany jest dostarczyć kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, tj.:

1) prawo wykonywania zawodu lekarza,
2) dyplom lekarza,
3) dyplom uzyskania specjalizacji lub potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji,
4) dyplom uzyskania stopnia/tytułu naukowego, inne posiadane dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności – w przypadku ich posiadania.
5) kserokopię polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta - dostarczona najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
6) kopię orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy,
7) kopię orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych