

**OFERTA**  
**na udzielenie świadczeń zdrowotnych**  
**w zakresie usług lekarskich w Szpitalu Św. Faustyny Kowalskiej**  
**– Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Urazowo - Ortopedycznym**

**I. DANE OFERENTA**

1. Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko, adres siedziby albo miejsce zamieszkania i adres oferenta (oraz adres do korespondencji jeśli jest inny):

.....  
.....  
.....  
.....

2. Nr prawa wykonywania zawodu: .....

3. Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji): .....

4. NIP ..... 5. PESEL .....

6. REGON ..... 7. Telefon, mail:

.....

**II. PRZEDMIOT OFERTY**

Rodzaj i zakres oferowanego świadczenia	Średnia ilość w tygodniu/miesiącu	Cena jednostkowa za jedną godzinę brutto/ inne
Świadczenie usług zdrowotnych od poniedziałku do piątku w Oddziale Chirurgicznym		
Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie wykonywania procedur ortopedycznych w Pododdziale Urazowo-Ortopedycznym		
Dyżury medyczne stacjonarne w dni zwykłe w godz. 15.00 – 8.00 lub dni wolne od pracy w godz. 8.00 – 8.00		
Dyżury medyczne „pod telefonem” w dni zwykłe w godz. 15.00 – 8.00 lub dni wolne od pracy w godz. 8.00 – 8.00		
Inne:		

**III. Deklaruję gotowość świadczenia usług\*\*:**

zgodnie z proponowanym harmonogramem:

dzień	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
w godzinach:						

dyżury medyczne zgodnie z miesięcznym harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienia a zaakceptowanym przez Przyjmującego zamówienie;

\*\* *zakreślić właściwe*

**IV. Wyrażam zgodę** na świadczenie usług zdrowotnych zgodnie z miesięcznym harmonogramem, uwzględniając potrzeby Udzielającego zamówienia oraz ciągłość i kompleksowość udzielania świadczeń zdrowotnych, w ilości średnio

[ ] godzin miesięcznie.

## V. OŚWIADCZENIE OFERENTA

### Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Zapoznałem się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz wzorem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu, a także nie jestem ograniczony/a w wykonywaniu jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych, zgodnie z posiadaną specjalizacją.
4. Zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, jak również zgodnie z przyjętymi standardami i wymogami prawnymi, w tym z zachowaniem przepisów sanitarnych, przeciwpożarowych i BHP.
6. **Zostałem poinformowany o obowiązku weryfikacji w Rejestrze Sprawców na tle Seksualnym.**
7. **Zobowiązuję się przedłożyć zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.**
8. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
9. Zobowiązuję się do użytkowania otrzymanych od udzielającego zamówienia pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego, leków, materiałów medycznych, preparatów diagnostycznych oraz innych środków i sprzętu niezbędnego do udzielania świadczenia zdrowotnego w sposób zgodny z prawem i zasadami używania tego sprzętu i urządzeń.
10. Posiadam polisę ubezpieczenia OC prowadzonej przeze mnie działalności leczniczej oraz zobowiązuję się do kontynuowania tego ubezpieczenia i niezwłocznego przedkładania uwierzytelnionej kserokopii polisy ubezpieczenia OC Udzielającemu zamówienia.
11. Posiadam aktualne zaświadczenie lekarskie i zaświadczenie o ukończeniu szkolenia BHP i zobowiązuję się do ich aktualizacji.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb realizacji umowy.
13. Zobowiązuję się do zachowania poufności treści umowy i przestrzegania przepisów ochrony danych osobowych.
14. Zobowiązuję się do poddania kontroli przez Oddział Wojewódzki NFZ, innych uprawnionych organów oraz Udzielającego zamówienia w zakresie wynikającym z realizacji wykonywanych świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego zamówienia.
15. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
16. Akceptuję wzór umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz pozostałe wymagania Udzielającego zamówienia, będące przedmiotem postępowania konkursowego.

## IV. ZAŁĄCZNIKI (kserokopie poświadczone za zgodność):

1. Prawo wykonywania zawodu.
2. Dokumenty potwierdzające posiadanie stosownych do zakresu świadczeń zdrowotnych kwalifikacji, tj. dyplomu, specjalizacji z wybranego zakresu medycyny i/lub tytułu naukowego oraz zaświadczeń lub certyfikatów potwierdzających nabycie umiejętności zawodowych.
3. Aktualna polisa ubezpieczeniowa, zgodna z obowiązującymi przepisami w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (dopuszcza się wydruk CEIDG).
5. Aktualne orzeczenie lekarskie (lekarz medycyny pracy) o zdolności do realizacji przedmiotu umowy w ZOZ w Łęczycy.
6. Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych.
7. Aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia BHP.
8. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

.....  
data