

OFERTA
na udzielenie świadczeń zdrowotnych
w zakresie usług lekarskich w Przychodni Specjalistycznej
– Poradnia Medycyny Pracy

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	Wynagrodzenie
Świadczenie usług zdrowotnych w poradni (proszę o wskazanie stawki procentowej za jeden punkt rozliczeniowy NFZ)	

*skreślić w przypadku braku oferty na wymienione świadczenia

III. Deklaruję gotowość świadczenia usług:

dzień	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
w godzinach:						

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 wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej,

dostępными 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. **Zobowiązuje 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. Zobowiązuje 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. Zobowiązuje się do zachowania poufności treści umowy i przestrzegania przepisów ochrony danych osobowych.
14. Zobowiązuje 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 wpisie do rejestru lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych (wydane przez właściwy Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy – WOMP).
9. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego (**pkt 6,7 oświadczenia tylko w Poradniach wymienionych w Zarządzeniu Nr 33 z dnia 19.06.2024**)

.....
Podpis i pieczęć Oferenta

.....
data