

OFERTA
na udzielenie świadczeń zdrowotnych
w zakresie usług lekarskich w Szpitalu Św. Faustyny Kowalskiej
– Oddział Ginekologiczno -Polożniczy

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		
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

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, 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. Oświadczam, że nie figuruję w Rejestrze sprawców na tle seksualnym.
7. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
8. 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.
9. 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.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb realizacji umowy.
11. 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.
12. Zobowiązuję się niezwłocznie dostarczyć aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia BHP.
13. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
14. 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. specjalizacji z wybranego zakresu medycyny i/lub tytułu naukowego oraz certyfikatów potwierdzających nabycie umiejętności zawodowych, a w przypadku braku specjalizacji zgodę kierownika specjalizacji na samodzielne udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziale.
3. Polisa ubezpieczeniowa, zgodna z obowiązującymi przepisami w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Zaświadczenie – NIP, REGON, 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.

.....
Podpis i pieczęć Oferenta

.....
data