

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Dane oferenta

A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego.....

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych nr KRS.....

NIP REGON

Pełnomocnik kontakt tel. e-mail

B. Oferta indywidualna – indywidualna działalność lecznicza

Imię i nazwisko telefon.....

e-mail.....tel

adres: kod..... miejscowość.....

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

PESEL NIP

REGON..... Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr indywidualnej praktyki lekarskiej

Specjalizacja (nazwa , stopień i data uzyskania)

Dyrekcji

Szpitala Specjalistycznego im. Henryka
Klimontowicza w Gorlicach

W związku z ogłoszeniem Szpitala Specjalistycznego im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach w sprawie konkursu ofert - niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Specjalistycznego im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach **w zakresie kompleksowego zabezpieczenia świadczeń lekarskich w czasie podstawowej ordynacji oddziału oraz w czasie dyżuru lekarskiego w Oddziale Noworodków i Wcześnieaków.**

I. Proponuję następujące warunki udzielania świadczeń zdrowotnych:

1) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie podstawowej ordynacji lekarskiej w dniach....., w godzinach:.....

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych wg planu ustalonego przez Lekarza Kierującego Oddziałem.
2. Proponowana kwota odpłatności za udzielanie świadczeń zdrowotnych
 - a) kwota brutto zł za 1 godzinę w czasie normalnej ordynacji lekarskiej,

- b) kwota brutto zł za 1 godzinę poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej od poniedziałku do piątku w godz.: 14.35 – 7.00.
- c) kwota brutto zł za 1 godzinę poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej w niedziele, święta i inne dni ustawowo wolne od pracy w godz. 7.00 – 7.00

II. Oświadczam, że:

- 1. Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert oraz ze szczegółowymi warunkami przeprowadzenia konkursu i materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu.
- 2. Zapoznałam/łem się z warunkami projektu umowy na udzielanie świadczeń objętych konkursem ofert i nie wnoszę uwag*/wnoszę następujące uwagi

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

- 3. Posiadam aktualne dokumenty stanowiące podstawę zawarcia umowy.
- 4. 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:
 - 1) umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej zgodnie z przepisami,
 - 2) aktualnego zaświadczenia lekarskiego z przeprowadzonych badań profilaktycznych, stwierdzającego brak przeciwwskazań do wykonywania zadań objętych postępowaniem konkursowym,
 - 3) zaświadczenia o odbyciu szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

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

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

IV. Do oferty załączam dokumenty tj.:

- 1/ wypis z rejestru podmiotów leczniczych
- 2/ wypis z KRS
- 3/ wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich - zaktualizowany
- 4/ wpis do ewidencji działalności gospodarczej
- 5/ nadanie numeru REGON
- 6/ nadanie numeru NIP
- 7/ dyplom lekarza
- 8/ prawo wykonywania zawodu
- 9/ dyplomy specjalizacji lub opinia kierownika specjalizacji jeśli oferent jest w trakcie specjalizacji,
- 10/ lista osób świadczących usługi w ramach podmiotu (łącznie z dokumentami poświadczającymi kwalifikacje-prawo wykonywania zawodu, dyplom AM, dyplomy specjalizacji)

**Oświadczam, że nie załączam dokumentu wymienionego w pkt.:
..... ponieważ aktualne dokumenty są w posiadaniu
Szpitala Specjalistycznego im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach.**

Dodatkowo zobowiązuje się:

- przedłożyć do wglądu w Dziale Organizacji i Nadzoru oryginały dokumentów wymienionych w dziale IV w celu potwierdzenia ich zgodności,
- niezwłocznie dostarczyć kopię ww. zaświadczeń w przypadku ich zmiany lub przedłużenia terminów ich ważności.

*niepotrzebne skreślić

.....
podpis i pieczętka OFERENTA

Oferty złożone po terminie składania ofert nie będą rozpatrywane.

Gorlice, czerwca 2021 r.

Załącznik nr 2

O Ś W I A D C Z E N I E O F E R E N T A

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy. (klauzule RODO dostępne na stronie internetowej Szpitala)

Gorlice, czerwca 2021 r.

.....
Podpis i pieczętka Oferenta

