

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)

Do 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 lekarskich w Pracowni Endoskopii w Szpitalu Specjalistycznego im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach.**

I. Proponuję następujące warunki udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Zawarcie umowy na okres od do

2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych według następującego harmonogramu:

poniedziałek od godz.do godz.

wtorek od godz.do godz.

środa od godz.do godz.

czwartek od godz.do godz.

piątek od godz.do godz.

sobota od godz.do godz.

3. Proponowana forma odpłatności za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- a) gastroscopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy) – zł,
- b) gastroscopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.-pat 1 - zł,
- c) gastroscopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat. 1 – zł,
- d) kolonoskopia diagnostyczna – zł,
- e) kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.) – zł,
- f) kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.) – zł.

Inna forma rozliczenia

.....

.....

.....

.....

.....

.....
podpis i pieczętka OFERENTA

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

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 pieczęć OFERENTA

Oferty złożone po terminie składania ofert nie będą rozpatrywane.

Gorlice, 2022 r.

Załącznik nr 2
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

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, 2022 r.

.....
Podpis i pieczęć Oferenta