

## 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 w zakresie zabezpieczenia świadczeń lekarskich w Oddziale:

1. **Oddziale anestezjologii i intensywnej terapii\*.**
2. **Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (świadczenia internistyczne, chirurgiczne)\*.**
3. **Oddziale internistyczno - endokrynologicznym oraz Oddziale internistyczno – kardiologicznym\*.**

\* *Niepotrzebne proszę skreślić*

I. Proponuję następujące warunki udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Zawarcie umowy na okres od ..... do .....
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1) w czasie podstawowej ordynacji lekarskiej w dniach....., w godzinach:.....
- 2) poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej od poniedziałku do piątku, w godzinach od 14.35 do 7.00 dnia następnego oraz w sobota, niedziela i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.00 dnia danego do godziny 7.00 dnia następnego.
- 3) **Deklarowana miesięczna liczba dyżurów w miesiącu .....**

3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych wg planu ustalonego przez Lekarza Kierującego Oddziałem.
4. 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 dyżuru od poniedziałku do piątku, w godzinach od 14.35 do 7.00,
  - c) kwota brutto ..... zł za 1 godzinę dyżuru w sobota, niedziela i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.00 do godziny 7.00 dnia następnego,
  - d) za wykonanie znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu stawka ustalona w poprzednich okresach przez Udzielającego Zamówienie

.....  
podpis i pieczęć 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)

**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 pieczęć OFERENTA

Oferty złożone po terminie składania ofert nie będą rozpatrywane.

Gorlice, ..... 2022 r.

## **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