

Formularz oferty**I. Instrukcja dla Oferenta :**

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczęcią Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lekarza									
Rodzaj praktyki lekarskiej					Nr prawa wykonywania zawodu				
Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)					Nr księgi rejestrowej				
Adres zamieszkania									
Kraj		Miejscowość							
Kod pocztowy		Poczta							
Ulica				Nr domu			Nr lokalu		
E-mail				telefon			fax		
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):									
Kraj				Miejscowość					
Kod pocztowy		Poczta							
Ulica				Nr domu			Nr lokalu		
Działalność gospodarcza									
Firma							Siedziba		
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)					REGON				

III. Oferowana kwota wynagrodzenia:

1. Za realizację zamówienia w Oddziale Chirurgii Ogólnej z pododdziałem urazowo-ortopedycznym proponuję stawkę w wysokości:

ZADANIE NR 1: lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji w Oddziale Chirurgii Ogólnej z pododdziałem urazowo-ortopedycznym z zabezpieczeniem udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym/Izbie Przyjęć i w Konsultacyjnej Poradni Chirurgii Ogólnej w SP ZOZ we Włodawie i/lub od 8.00 – 15.35 - zł za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych;*

ZADANIE NR 2: lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji w Oddziale Chirurgii urazowo-ortopedycznej z zabezpieczeniem udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym/Izbie Przyjęć w SP ZOZ we Włodawie i/lub i/lub zł za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych;*

ZADANIE NR 3: lekarskich świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji (dyżur medyczny) w Oddziale Chirurgii Ogólnej z pododdziałem urazowo-ortopedycznym/ Oddziale Chirurgii urazowo-ortopedycznej z zabezpieczeniem udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym/Izbie Przyjęć i w Konsultacyjnej Poradni Chirurgii Ogólnej w SP ZOZ we Włodawie i/lub od 15.35 – 08.00 - zł za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych;*

ZADANIE NR 4: za jeden punkt według taryfy bazowej (zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Prezesa NFZ), wypracowany przez lekarza i potwierdzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia w Poradni Chirurgii Ogólnej w SPZOZ we Włodawie.

ZADANIE NR 5: polegających na Pozostawianiu w Gotowości do udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznym zł brutto (słownie: 00/100) za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych polegających na Pozostawianiu w Gotowości do udzielania świadczeń w Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Urazowo – Ortopedycznym.

2. Proponowana liczba godzin udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji przez Przyjmującego Zamówienie wynosi godziny miesięcznie.

W przypadku zapotrzebowania Udzielającego Zamówienia na większą ilość godzin udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych, za zgodą obu Stron, ilość godzin może ulec zwiększeniu.

3. Proponowana liczba godzin udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych poza normalną ordynacją (dyżur medyczny) przez Przyjmującego Zamówienie wynosi godzin miesięcznie.

W przypadku zapotrzebowania Udzielającego Zamówienia na większą ilość godzin udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych, za zgodą obu Stron, ilość godzin może ulec zwiększeniu.

*- wypełnić właściwie do złożonej oferty

IV . Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oferuję termin płatności 14 dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi lat.
4. Oświadczam, że staż pracy w komórce medycznej o specjalności anestezjologii i intensywnej terapii wynosi lat.
5. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu Przyjmującego Zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie

z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od daty jej podpisania do dnia i do rozpoczęcia udzielania świadczeń z tej umowy wynikających od dnia
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na możliwość przedłużenia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w drodze aneksu o kolejne 12 miesięcy po upływie terminu jej obowiązywania.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
10. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz załącznikami nr 3 i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
11. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
12. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
13. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
14. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
15. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienia harmonogramem.

V. Do oferty załączam dokumenty (jeżeli nie są w posiadaniu Udzielającego Zamówienia lub straciły aktualność):

1. wykaz personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w imieniu Przyjmującego Zamówienie, w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Załącznik Nr 1 do Formularza Ofertowego)*,
2. aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*,
3. aktualny odpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/wyciąg z KRS
4. umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) *,
5. prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,
6. kopia dyplomu lekarza,
7. kopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe – w tym posiadane specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji), , kursy specjalistyczne, doskonalące i inne świadectwa posiadanych umiejętności:
 - 1)
 - 2)
 - 3)
8. (inne dokumenty – wskazać jakie).

*-niewłaściwe skreślić

.....
(pieczętka i podpis
Przyjmującego Zamówienie)

.....
(miejscowość i data)