

Załącznik nr 1.3 do SWKO

.....
(pieczęćka oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY
w konkursie na udzielanie ambulatoryjnych
świadczeń zdrowotnych
w ZAKRESIE 3 - endokrynologia

Zamawiający:
Szpital Pomnik Chrztu Polski
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

1. DANE OFERENTA:

1. Pełna nazwa Oferenta:
.....
2. Adres
3. Numer telefonu :.....
adres e-mail:
4. Numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu
.....
.....

2. PRZEDMIOT OFERTY:

1. Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie endokrynologii
w ramach Endokrynologicznej Poradni Specjalistycznej Szpitala Pomnik Chrztu Polski.
2. **Kwalifikacje zawodowe** (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji, a w przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji data jej rozpoczęcia, dyplomy potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą uzyskania uprawnień, certyfikaty potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą ich uzyskania):
.....
.....
.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Oferowana dostępność:

| Dzień tygodnia* | Liczba godzin | Przedział czasowy dostępności | |
|-----------------|---------------|-------------------------------|------------|
| | | Od godziny | Do godziny |
| Poniedziałek | | | |
| Wtorek | | | |
| Środa | | | |
| Czwartek | | | |
| Piątek | | | |

* zaznaczyć właściwe

Łącznie oferowana liczba godzin w tygodniu:

4. Proponowana cena za udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego zamówienia w Poradni Endokrynologicznej przez lekarzy specjalistów w dziedzinie endokrynologii:

.....% ceny świadczenia ustalonej przez NFZ za udzielona
świadczenie w okresie rozliczeniowym.

5. Oświadczenia*

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych i przebywania w miejscu udzielania świadczeń w dniach i godzinach wskazanych w formularzu ofertowym.
2. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na zasadach określonych w SWKO.
3. Uważam się za związanego ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że:
 - a) zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz treścią wzoru umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
 - b) posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia,
 - c) potwierdzam spełnienie obowiązku informacyjnego przez Zamawiającego w zakresie przetwarzania moich danych osobowych,
 - d) zostałem(am)/ zaszczepiony(a) przeciw WZW,
 - e) posiadam aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu,
 - f) posiadam aktualne zaświadczenie o przeszkoleniu bhp na stanowiskach medycznych,
 - g) wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
 - h) w chwili obecnej nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związane z wykonywaniem zawodu; o ewentualnej utracie uprawnień lub wszczęciu postępowania w sprawie, o której mowa powyżej powiadomię Zamawiającego niezwłocznie w formie pisemnej.
 - i) **moje doświadczenie zawodowe (wykonywania zawodu) w przedmiocie konkursu wynosilat****,
 - j) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu ofertowym oraz dołączonych załącznikach przez Szpital Pomnik Chrztu Polski na potrzeby przeprowadzenia i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego dotyczącego udzielania świadczeń zdrowotnych.

*** dotyczy wszystkich lekarzy udzielających świadczeń w imieniu Oferenta według wykazu**

**** w przypadku złożenia oferty przez podmiot leczniczy okres doświadczenia przyjmowany będzie jako średnia arytmetyczna okresów doświadczenia wszystkich lekarzy przedstawionych przez Oferenta w wykazie**

5. W przypadku złożenia oferty przez podmiot leczniczy należy złożyć oświadczenie wskazujące, czy nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związane z wykonywaniem zawodu, przez poszczególnych lekarzy, którzy będą udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach tego podmiotu, o ewentualnej utracie uprawnień lub wszczęciu postępowania w sprawie, o której mowa powyżej Zamawiający zostanie niezwłocznie powiadomiony w formie pisemnej.

****Oświadczam, że posiadam obecnie zawartą umowę z Zamawiającym na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem, a stan prawny oraz stan faktyczny dotyczący dokumentów wymienionych w pkt. IV.2 SWKO nie uległ zmianie / uległ zmianie wyłącznie w zakresie załączonych dokumentów**.***

** dotyczy wszystkich lekarzy udzielających świadczeń w imieniu Oferenta lub według wykazu*

** jeżeli oferent nie posiada zawartej umowy o świadczenie należy skreślić*

*** niepotrzebne skreślić*

.....
(data i podpis składającego oświadczenia)

Do ofert załączam dokumenty, o których mowa w SWKO:

1.
2.
3.
4.
5.

Data:.....

.....
Pieczątką i podpis oferenta