



FORMULARZ OFERTOWY

**w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy
w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu
na rzecz pacjentów Pabianickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.**

Pełna nazwa oferenta:

.....

Adres zamieszkania oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

Adres siedziby oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

PESEL

.....

Numer telefonu

.....

Adres e-mail

.....

Numer NIP

.....

Numer REGON

.....

Numer prawa wykonywania zawodu: (dołączyć kserokopię)

Numer wpisu do właściwego rejestru: (dołączyć kserokopię)

1. Niniejszym zgłaszam gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
2. Niniejszym oświadczam, że:
 - a) zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO) w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
 - b) posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą, doświadczeniem oraz jestem zdolny do wykonywania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych – zgodnie z warunkami konkursu oraz obowiązującymi przepisami,
 - c) czuję się związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,

- d) zapoznałam/tem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2/2a do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,
- e) zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
- f) nie zostałam/tem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne,
- g) posiadam obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- h) posiadam kwalifikacje:
- Wykształcenie: (dołączyć kserokopię)
- Specjalizacje: (dołączyć kserokopię)
- Inne: (dołączyć kserokopię)

3. Proponuję następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

Zakres udzielanych świadczeń	Szacowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana cena jednostkowa za godzinę udzielanych świadczeń
Usługi lekarskie – Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	80 h h zł/h
Usługi lekarskie – Poradnia Urazowo-Ortopedyczna	40 h h % wartości zrealizowanych punktów
Usługi lekarskie – Poradnia Preluksacyjna	40 h h % wartości zrealizowanych punktów

- % wartości procedur JGP (zgodnie z wyceną NFZ) za wykonanie dodatkowych zabiegów operacyjnych w dni powszednie w godzinach 15.35-8.00 oraz w dni świąteczne w godzinach 8.00 – 8.00

- w zakresie wykonywania zabiegów operacyjnych ortopedycznych wykonywanych w dni powszednie w godzinach 15.35-8.00 oraz w dni świąteczne w godzinach 8.00 – 8.00:

A. Zabieg wykonywany przez zespół 3 - osobowy

Jako Operator główny % od wartości świadczenia rozliczonego z NFZ

Jako asystent I % od wartości świadczenia rozliczonego z NFZ

Jako asystent II % od wartości świadczenia rozliczonego z NFZ

B. Zabieg wykonywany przez zespół 2 - osobowy

Jako Operator główny % od wartości świadczenia rozliczonego z NFZ

Jako asystent I % od wartości świadczenia rozliczonego z NFZ

C. Zabieg wykonywany przez zespół 1 - osobowy

Jako Operator główny % od wartości świadczenia rozliczonego z NFZ

5. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem:

tak / nie (*niepotrzebne skreślić*).

6. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*).

7. Posiadam – **letnie doświadczenie** w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania (*należy wypełnić puste pole*).

.....
Podpis Oferenta



KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

w Pabianickim Centrum Medycznym Sp. z o.o.

ul. Jana Pawła II 68, 95-200 Pabianice

1. Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych w postępowaniu konkursowym **na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu na rzecz pacjentów Pabianickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.**
2. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o zasadach przetwarzania moich danych osobowych, przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uznam iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
3. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....

Podpis Oferenta