

FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii (leczenie szpitalne i ambulatoryjne)

Pełna nazwa oferenta:

.....
.....

Adres 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:
 - 1) 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,
 - 2) 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,
 - 3) czuję się związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
 - 4) zapoznałam/łem 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,

- 5) zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
- 6) nie zostałam/tem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne,
- 7) 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.

8) 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	
			Dla lekarza b/specjalizacji lub I st.	Dla specjalisty lub lekarza z II st.
Usługi lekarskie w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym	1 500	 zł/h zł/h

Zakres udzielanych świadczeń	Szacowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana cena jednostkowa	
			Dla lekarza b/specjalizacji lub z I st.	Dla specjalisty lub lekarza z II st.
Poradnia Ginekologiczno-Położnicza	150	 zł/h lub % od wartości punktu przyznanego przez NFZ zł/h lub % od wartości punktu przyznanego przez NFZ

4. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia w zakresie:
- w dni powszednie: w godzinach od 8:00 do 15:35
 - w dni powszednie: w godzinach od 8:00 do 15:35; dyżury w dni powszednie w godzinach od 15:35 do 8:00 następnego dnia oraz w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach 8:00-8:00 następnego dnia
- (we właściwym polu należy wpisać X)*
5. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania: **tak / nie** *(niepotrzebne skreślić)*
6. Posiadam – **letnie doświadczenie** w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania *(należy wypełnić puste pole)*

.....
Podpis Oferenta