

Załącznik nr 1 do SWKO

.....
(pieczęć oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY
w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych
przez lekarzy systemu w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego

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
.....
.....

Oświadczam, iż spełniam warunki lekarza systemu tj. jestem lekarzem, który
(odpowiednie zaznaczyć i uzupełnić)*:

posiada specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie:

☐ medycyny ratunkowej

albo

☐ anestezjologii i intensywnej terapii,

☐ neurologii

- ☐ chorób wewnętrznych,
☐ kardiologii,
☐ chirurgii ogólnej,
☐ chirurgii dziecięcej,
☐ ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
☐ ortopedii i traumatologii
☐ pediatrii
(data uzyskania dyplomu specjalizacji:

.....),

- ☐ albo ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii lub neurologii:

(data ukończenia etapu kształcenia specjalizacyjnego

.....),

- ☐ albo ukończył w ramach szkolenia specjalizacyjnego moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty
(data uzyskania dyplomu specjalizacji/data rozpoczęcia specjalizacji:

.....)

**** w przypadku złożenia oferty przez podmiot leczniczy wykształcenie przyjmowane będzie jako średnia arytmetyczna przyznanych punktów za kwalifikacje wszystkich lekarzy przedstawionych przez Oferenta w wykazie.***

2. ZAKRES ŚWIADCZEŃ

Zgłaszam ofertę na stanowisko lekarza systemu w Specjalistycznym Zespole Ratownictwa Medycznego w Gnieźnie (zespół S), na warunkach określonych w SWKO i wzorze umowy do konkursu.

3. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ILOŚCI GODZIN

Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej ilości godzin w wymiarze miesięcznym

.....

4. OFERTA CENOWA

Za świadczenie usług zdrowotnych w ramach Specjalistycznego Zespołu Ratownictwa Medycznego oczekuję wynagrodzenia w wysokości :zł brutto/godz.**

** OFERENT W PROPONOWANEJ STAWCE ZA 1 GODZINĘ UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W RAMACH ZRM ZAWIERA TAKŻE WARTOŚĆ WSZYSTKICH DODATKÓW USTAWOWYCH, W TYM WYNIKAJĄCYCH Z USTAWY O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH. Proponowana ryczałtowa stawka jednostkowa obejmuje wszystkie koszty wynagrodzenia Oferenta.

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) 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**

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.VI.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:.....

.....
Pieczęć i podpis oferenta