Załącznik nr 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu
SPZZOZ Szpital w Iłży

.....
(miejscowość, data)

OFERTA
NA UDZIELANIE LEKARSKICH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W RODZAJU LECZENIE SZPITALNE Z ZAKRESU GINEKOLOGII,
(GINEKOLOGIA JEDNEGO DNIA)
w siedzibie Udzielającego Zamówienia

I. DANE OFERENTA

IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA OFERENTA .....
Adres do korespondencji zgodny z CEIDG .....
PESEL .....Nr Regon .....
Nr NIP ..... Wpis do CEIDG
.....
.....Wpis do
rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą prowadzonego przez .....
.....pod numerem .....
Nr prawa wykonywania zawodu .....
Specjalizacja, stopień specjalizacji .....
Tel. kontaktowy ..... e-mail .....

II. PRZEDMIOT OFERTY

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w wariantach:

- umowy kontraktowej na udzielanie świadczeń zdrowotnych, ☐ TAK ☐ NIE
- umowy zlecenia na udzielanie świadczeń zdrowotnych ☐ TAK ☐ NIE

w siedzibie Udzielającego zamówienia zgodnie z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

(odpowiednie zaznaczyć)

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi ..... lat (dla indywidualnych praktyk lekarskich).
2. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursów ofert oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
3. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę w Iłży w miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Zamawiającego.
4. Prowadzę działalność leczniczą w dziedzinie ....., zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
5. Świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście.
6. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) lub zobowiązuje się do przedłużenia polisy OC na okres obowiązywania umowy.

7. Posiadam uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty.
8. Deklaracja ofertowa w zakresie .....
   w .....

proponuję następujące stawki należności za udzielane świadczenia:

Udział procentowy w należności z Narodowego Funduszu Zdrowia za realizację świadczenia zdrowotnego w wysokości:

a) ..... wartości należnej od NFZ za wykonaną procedurę dla pacjentów Udzielającego Zamówienia (średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego);
b) ..... wartości należnej od NFZ za wykonaną procedurę dla pacjentów Udzielającego Zamówienia (małe zabiegi układu rozrodczego).
c) ..... wartości należnej od NFZ za wykonaną procedurę dla pacjentów Udzielającego Zamówienia (zabiegi w nietrzymaniu moczu).
d) ..... wartości należnej od NFZ za wykonaną procedurę dla pacjentów Udzielającego Zamówienia (średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego).
e) ..... wartości należnej od NFZ za wykonaną procedurę dla pacjentów Udzielającego Zamówienia (małe zabiegi górnej części układu rozrodczego).

9. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
10. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen.
11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
12. Zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne, zgodne z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnian 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Kopie dokumentów (dyplom, prawo wykonywania zawodu, posiadana specjalizacja).
2. Kserokopie polisy OC lub pisemne zobowiązania do przedłożenia w chwili podpisywania umowy.
3. Oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy.
4. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
5. Wydruk elektroniczny z CEIDG.
6. Orzeczenie lekarskie lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych lub pisemne zobowiązania do przedłożenia w chwili podpisywania umowy.
7. Zaświadczenie o szkoleniu BHP dla kierowników lub pisemne zobowiązania do przedłożenia w chwili podpisywania umowy.

....
data ***podpis oferenta***

Działalność lecznicza na rzecz SP ZZOZ – Szpital w Iłży jest działalnością podstawową/dodatkową* (zaznaczyć właściwe).

Materiały informacyjne i Szczegółowe Warunków Konkursu:
- *są dostępne w siedzibie Zamawiającego: Dział Kadr, I piętro, pokój 103, w dniach od poniedziałku do piątku w godz. 7^{25}-15^{00} lub na stronie internetowej Szpitala w Iłży www.szpitalilza.com.pl*
- *dodatkowe informacje o warunkach konkursu pod nr telefonu: 48 368 17 11 –Dział Kadr*