



OFERTA

I Składam ofertę na konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej nad pacjentami w Oddziale Chirurgicznym, Kierowanie Pracownią Endoskopii oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w Pracowni Endoskopii w Wielospecjalistycznym Szpitalu w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Szymanowskiego 11.

II DANE OFERENTA:

Imię i nazwisko

PESEL:

Adres zamieszkania

.....

Nr tel.:

Adres e-mail:.....

NIP

REGON

Specjalizacja, tytuł naukowy

Nr prawa wykonywania zawodu

Nr dokumentu specjalizacji:

Adres prowadzenia działalności gospodarczej:

.....

III OKREŚLENIE WARUNKÓW LOKALOWYCH, WYPOSAŻENIA W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY ORAZ ŚRODKI TRANSPORTU I ŁĄCZNOŚCI:

1. Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą na bazie sprzętu i pomieszczeń Oddziału Chirurgicznego oraz Pracowni Endoskopii

IV PROPONOWANA STAWKA NALEŻNOŚCI ZA UDZIELANE ŚWIADCZENIA:

STAWKA /ZŁ/ %NFZ

1. Kierowanie Pracownią Endoskopii.....

2. Stawka za godzinę pracy w Pracowni Endoskopii.....

3. Badanie Gastroskopia.....

4. Badanie Kolonoskopia.....



5. Tamowanie krwawienia z przewodu pokarmowego pacjenta (przyjazd w dzień wolny).....
6. Tamowanie krwawienia z przewodu pokarmowego pacjenta (w godzinach pracy).....
7. Stawka za godzinę pracy w Oddziale Chirurgii Ogólnej.....
8. procent z kwoty uzyskanej miesięcznie za udzielone świadczenia z zakresu hospitalizacji w Oddziale Chirurgicznym, które zostały prawidłowo zaraportowane i rozliczone z NFZ, według refundacji ustalonej dla świadczeń z zakresu chirurgii (w Oddziale Chirurgicznym), w ramach kontraktu zawartego z NFZ, u pacjentów dla których Przyjmujący Zamówienie był lekarzem prowadzącym w dniu wypisu i zakończył hospitalizację (zgodnie z załącznikiem nr 2) po weryfikacji i akceptacji dokonanej przez Kierownika Oddziału Chirurgicznego lub osobę przez niego upoważnioną i Przyjmującego Zamówienie.
9.procent z kwoty uzyskanej miesięcznie z tytułu udzielonych przez Przyjmującego Zamówienie porad zgodnie z kontraktem zawartym z Narodowym Funduszem Zdrowia z zakresu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w poradni chirurgicznej, za świadczenia prawidłowo zaraportowane i rozliczone z Narodowym Funduszem Zdrowia

V ZAŁĄCZNIKI:

1. Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
2. Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.*
3. Wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego.*
4. Kserokopia umowy spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej).
5. Kserokopia dyplomu lekarza.
6. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
7. Kserokopia dyplomu specjalizacji/kserokopia 1 i 2 strony książeczki specjalizacyjnej.*
8. Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje i doświadczenie
9. Inne (wpisać jakie).....

* niepotrzebne skreślić

VI OŚWIADCZENIA:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosć cen.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi lat (dla indywidualnych praktyk lekarskich).
3. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
5. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu i nie wnoszę, w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
6. Oświadczam, że jestem związany ofertą przez okres 30 dni.
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem





faktycznym i prawnym.

VII INNE:

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
3. Zobowiązuję się do zawarcia i kontynuacji w okresie związania umowa z Udzielającym Zamówienia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

.....
Data

.....
Podpis oferenta

RADCA PRAWNY
Dorota Kośla
KL-K-573

