



OFERTA

I Składam ofertę na konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej nad pacjentami w Oddziale Okulistycznym, Poradni Okulistycznej oraz Kierowanie Oddziałem Okulistycznym 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 Oddział Okulistyczny, Poradnia Okulistyczna

IV PROPONOWANA STAWKA NALEŻNOŚCI ZA UDZIELANE ŚWIADCZENIA:

- a) złotych brutto miesięcznie z tytułu kierowania Oddziałem Okulistyki, oraz
- b) procent z kwoty uzyskanej miesięcznie za udzielone świadczenia z zakresu hospitalizacji w Oddziale Okulistyki, które zostały prawidłowo zaraportowane i rozliczone z NFZ (z wykluczeniem „Wizyta kwalifikacyjna do usunięcia zaćmy”), według refundacji ustalonej dla świadczeń z zakresu okulistyki (w Oddziale Okulistycznym), 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 1) po weryfikacji i akceptacji dokonanej przez bezpośredniego przełożonego lub osobę przez niego upoważnioną i Przyjmującego Zamówienie, oraz



- c) procent z kwoty uzyskanej miesięcznie z tytułu diagnostyki w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - kwalifikacja, monitorowanie, przyjęcie pacjenta przez Przyjmującego Zamówienie (z wykluczeniem kosztów leków, zgodnie z załącznikiem nr 2), oraz
- d) 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 okulistycznej, za świadczenia prawidłowo zraportowane i rozliczone z Narodowym Funduszem Zdrowia (zgodnie z załącznikiem nr 3), oraz
- e) procent kwoty uzyskanej miesięcznie z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w postaci wizyt kwalifikacyjnych do operacji usunięcia zaćmy, według refundacji ustalonej przez NFZ dla świadczeń z zakresu OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA PLANOWA B18G, B19G (w Oddziale Okulistycznym), w ramach kontraktu zawartego z NFZ po weryfikacji i akceptacji dokonanej przez Kierownika Oddziału Okulistycznego lub osobę przez niego upoważnioną i Przyjmującego Zamówienie (zgodnie z załącznikiem nr 4).

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.
8. W przypadku wyboru mojej oferty i podjęciu decyzji o zawarciu umowy:





- akceptuję fakt, iż przed zawarciem umowy Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim uzyska informację, czy moje dane są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze oraz
- zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania danych niezbędnych do weryfikacji w ww. Rejestrze oraz do doręczenia (przed zawarciem umowy) dokumentów wymaganych na podstawie ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1304 z późn. zm.) oraz
- akceptuję fakt, iż podpisanie umowy i rozpoczęcie wykonywania świadczeń uzależnione jest od wypełnienia obowiązków wynikających z ww. ustawy.

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 Kosińska
KOL-K-373

