



OFERTA

I Składam ofertę na konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej nad pacjentami w Oddziale Neonatologicznym 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:

- Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą na bazie sprzętu i pomieszczeń Oddziału Neonatologicznego.

IV KWALIFIKACJE I PROPONOWANE WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:

KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem	Ocena komisji po weryfikacji oferty:
1. JAKOŚĆ (KWALIFIKACJE ZAWODOWE OFERENTA – MAKSYMALNIE DO ZDOBYCIA 11 PKT)				
LEKARZ SPECJALISTA				
– specjalista w dziedzinie neonatologii/ pediatrii	10	PKT		





I STOPIEŃ SPECJALIZACJI	9	PKT		
W TRAKCIE SPECJALIZACJI /BEZ SPECJALIZACJI	8	PKT		
DODATKOWE KWALIFIKACJE POTWIERDZONE CERTYFIKATAMI	1	PKT		
2. KOMPLEKSOWOŚĆ (DODATKOWE SPECJALIZACJE – MAKSYMALNIE DO ZDOBYCIA 2 PKT)				
DODATKOWE SPECJALIZACJE	2	PKT		
BRAK DODATKOWYCH SPECJALIZACJI	0	PKT		
3. DOSTĘPNOŚĆ: MINIMALNA DEKLAROWANA ILOŚĆ GODZIN W MIESIĘCZNI (MAKSYMALNIE DO ZDOBYCIA 1 PKT)				
MIN. 150 GODZ. MIESIĘCZNI	1	PKT		
MIEJ NIŻ 150 GODZ. MIESIĘCZNI	0	PKT		
4. CIĄGŁOŚĆ (MAKSYMALNIE DO ZDOBYCIA 1 PKT)				
WSPÓŁPRACA Z WSZ W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM	1	PKT		
BRAK WSPÓŁPRACY Z WSZ W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM	0	PKT		
5. CENA: Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neonatologicznym wynagrodzenie w wysokości zł brutto za każdą przepracowaną godzinę. (MAKSYMALNIE DO ZDOBYCIA 10 PKT) ILOŚĆ PUNKTÓW OBLICZONA ZOSTANIE WG WZORU: Cena minimalna ÷ cena oferowana x maksymalna liczba punktów tj. 10 = liczba punktów przyznanych za cenę.				

MAKSYMALNA ILOŚĆ PUNKTÓW DO ZDOBYCIA WYNOŚI 25 PKT.

1. W kryterium wyboru oferty sumowane są wszystkie zdobyte punkty z 5 zakresów wyszczególnionych w powyższej tabeli.
2. Wybór oferty zostaje dokonany w oparciu o uzyskaną punktację oraz zapotrzebowanie na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym mając na uwadze zachowanie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych przez Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim.
3. Wielospecjalistyczny szpital zastrzega sobie prawo do możliwości podjęcia negocjacji z oferentami w celu ustalenia preferowanej przez szpital liczby planowanych godzin udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej/liczby udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej lub ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.





V ZAŁĄCZNIKI:

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

* niepotrzebne skreślić

VI OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi lat (dla indywidualnych praktyk lekarskich).
2. 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.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
4. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu i nie wnoszę, w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
5. Oświadczam, że jestem związany ofertą przez okres 30 dni.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. 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 oraz

- akceptuję fakt, iż podpisanie umowy i rozpoczęcie wykonywania świadczeń uzależnione jest od wypełnienia obowiązków wynikających z ww. ustawy.

8. W przypadku braku załączenia do oferty potwierdzenia zawarcia aktualnej polisy OC, zobowiązuje się do zawarcia umowy dotyczącej ubezpieczenia OC oraz dostarczenia potwierdzenia jej zawarcia przed ewentualnym podpisaniem umowy cywilnoprawnej i akceptuję fakt, iż brak dostarczenia potwierdzenia zawarcia tej polisy, uniemożliwia zawarcie umowy.

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

