



OFERTA

I Składam ofertę na konkurs ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w postaci pełnienia nadzoru jako Kierownik w Oddziale Wewnętrznym II o profilu nefrologicznym i Stacji Dializ 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 Wewnętrznego II o profilu nefrologicznym i Stacji Dializ.

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 chorób wewnętrznych i/lub	10	PKT	





- lekarz specjalista w dziedzinie nefrologii - doświadczenie w zawodzie 8 lat				
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 MIESIĘCZNIE (MAKSYMALNIE DO ZDOBYCIA 1 PKT)				
MIN. 150 GODZ. MIESIĘCZNIE (1	PKT		
MIEJ NIŻ 150 GODZ. MIESIĘCZNIE	0	PKT		
4. CIĄGŁOŚĆ (MAKSYMALNIE DO ZDOBYCIA 1 PKT)				
WSPÓLPRACA Z WSZ W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM	1	PKT		
BRAK WSPÓLPRACY Z WSZ W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM	0	PKT		
5. CENA				
Wynagrodzenie z tytułu pełnienia nadzoru jako Kierownik w Oddziale Wewnętrznym II o profilu nefrologicznym i Stacji Dializ zł brutto miesięcznie (słownie: złotych brutto/miesiąc).				
(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 WYNOSI 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.
4. Udzielający zamówienie w ramach postępowania konkursowego dopuszcza możliwość złożenia oferty częściowej.





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

