



## OFERTA

I Składam ofertę na konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej nad pacjentami w Dziale Elektroradiologii oraz pełnienie funkcji Kierownika Działu Elektroradiologii 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 Działu Elektroradiologii.

### IV KWALIFIKACJE I PROPONOWANE WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:

| KRYTERIUM   | WAGA | Właściwe zaznaczyć krzyżykiem | Ocena komisji po weryfikacji oferty: |
|---|------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 1. JAKOŚĆ (KWALIFIKACJE ZAWODOWE OFERENTA – MAKSYMANIE DO ZDOBYCIA 11 PKT)  |      |                               |                                      |
| LEKARZ SPECJALISTA  |      |                               |                                      |
| a) lekarz specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, oraz<br>b) 5 lat doświadczenia w pracy | 10   | PKT                           |                                      |



*10*



|  |   |     |  |  |
|--|---|-----|--|--|
| na stanowisku lekarz specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki |   |     |  |  |
| 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)  |   |     |  |  |
| WSPÓŁPRACA Z WSZ W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM   | 1 | PKT |  |  |
| BRAK WSPÓŁPRACY Z WSZ W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM  | 0 | PKT |  |  |

## CENA

1. Z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie w wysokości:

- za opisy badań RTG - w kwocie ..... zł za każde opisane badanie jednej okolicy anatomicznej,
- za opisy badań MRI - w kwocie ..... zł za każde opisane badanie jednej okolicy anatomicznej,
- za opisy badań Angio MRI – w kwocie ..... zł brutto za każde opisane badanie jednej okolicy anatomicznej,
- za opisy badań MRI gruczołu krokowego z oceną PI-RADS – w kwocie ..... zł za każde opisane badanie,
- za opisy badań TK - w kwocie ..... zł brutto za każde opisane badanie jednej okolicy anatomicznej,
- za opisy badań Angio TK – w kwocie ..... zł brutto za każde opisane badanie jednej okolicy anatomicznej,
- za opisy badań USG - w kwocie ..... zł za wykonanie i opis badania jednej okolicy anatomicznej,
- za opisy badań USG doppler – w kwocie ..... zł brutto za wykonanie i opis badania jednej okolicy anatomicznej,
- za opisy badań USG doppler tętnic nerkowych – w kwocie ..... zł brutto za wykonanie i opis badania.

2. Z tytułu kierowania Działem Elektroradiologii, Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie w wysokości ..... zł brutto na miesiąc.





**3. Z tytułu sprawowania bezpośredniego nadzoru nad wykonywaniem opisów badań MR oraz TK wykonywanych przez lekarzy rezydentów Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie w wysokości ..... zł brutto za każdy opis badania wykonany przez lekarza rezydenta pod bezpośrednim nadzorem Przyjmującego Zamówienie.**

(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 (w przypadku posiadania aktualnej).
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 Sądowego.\*
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.



*k*



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

- zobowiązuje 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. Zobowiązuje 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. Zobowiązuje się do zawarcia i kontynuacji w okresie związania umową z Udzielającym Zamówienie 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

