**FORMULARZ OFERTY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii urazowo - ortopedycznej**

Pełna nazwa Oferenta:

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Nazwa i numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych lub osób wykonujących działalność leczniczą\*\*

.....................................................................................................................................................................

\*1/ w przypadku podmiotu leczniczego **numer wpisu** do rejestru wojewody,

2/ w przypadku osób wykonujących działalność leczniczą, **numer wpisu** do właściwego rejestru i **oznaczenie organu dokonującego wpisu**.

Nr wpisu do rejestru przedsiębiorców albo ewidencji działalności gospodarczej ……………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

Adres Oferenta:

Kod pocztowy ........... - ................... miejscowość ......................................................................

ul. ................................................................. nr .................

Tel. ....................................................... fax ............................................................

e-mail: .............................................................................................................................................

NIP .................................................................... Regon ..........................................................

1. Kwalifikacje zawodowe:

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. Rodzaj oferowanych świadczeń.

**Zadanie 14.** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej:

Zadanie 14.1\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj oferowanych świadczeń | j.m. | Kwota |
| 1. | Wykonywanie świadczeń zdrowotnych pomiędzy godziną 7:00 a 15:00 w dni powszednie od poniedziałku do piątku z wyłączeniem świąt. | godz. |  |
| 2. | „Dyżur medyczny” pełniony poza podstawowym czasem ordynacji w dni powszednie. | godz. |  |
| 3. | „Dyżur medyczny” pełniony poza podstawowym czasem ordynacji w soboty, niedzielę i święta oraz dni dodatkowo wolne ustalone przez Szpital. | godz. |  |
| 4. | Dyżur w gotowości pełniony poza podstawowym czasem ordynacji w dni powszednie 16 godz., w soboty, niedzielę i święta oraz dni dodatkowo wolne ustalone przez Szpital – 24 godz. | godz. |  |

Zadanie 14.2\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj oferowanych świadczeń | j.m. | Kwota |
| 1 | „Dyżur medyczny” w dzień powszedni trwający 16 godz. | godz. |  |
| 2 | „Dyżur medyczny” w dni wolne od pracy, niedziele i święta trwający 24 godziny. | godz. |  |

2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert.

3. Oświadczam, że posiadam (osoby wykonujące świadczenia zdrowotne posiadają )\* wymagane kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert.

4. Oświadczam, że niniejsza oferta wiąże do czasu rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.

|  |
| --- |
|  |
| *Podpis i pieczęć oferenta* |

***Dokumenty:***

1. dokument stwierdzający wpis do rejestru prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską,
2. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
3. orzeczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy,
4. orzeczenie o stanie zdrowia do celów sanitarno-epidemiologicznych wydane przez lekarza medycyny pracy.
5. kserokopia dyplomu specjalizacji odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywania świadczeń zdrowotnych,
6. w przypadku lekarzy będących w trakcie specjalizacji, 1 i 2 str. lub 1 do 3 str. (dane lekarza oraz informacje w jakim zakresie jest odbywana specjalizacja) karty specjalizacji.
7. kserokopia dyplomu Akademii Medycznej,
8. kserokopia prawa wykonywania zawodu (strona ze zdjęciem, strona 2 i 3, strona z wpisaną specjalizacją),
9. pełnomocnictwo, w przypadku, gdy oferta jest podpisywana przez pełnomocnika,
10. kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy,
11. certyfikaty i inne dokumenty potwierdzające umiejętności o których mowa w opisie zadania 14.
12. …………………………………………………….
13. ………………………………………………………
14. ………………………………………………………