

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....
Rodzaj rejestru, NIP, REGON

Formularz Ofertowy
na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych
Poradni Kardiologicznej/ Ośrodka Rehabilitacji Diennej Kardiologicznej
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w:
Poradni Kardiologicznej/ Ośrodka Rehabilitacji Diennej Kardiologicznej
przez lekarza (wymienić rodzaj posiadanej specjalizacji):

.....
Oświadczam, że zapoznałam (-em) się z treścią ogłoszenia o Konkursie Ofert, Regulaminem przeprowadzania Konkursu Ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

Do oferty dołączam uwierzytelnione kserokopie:

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru, albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych oraz wyciąg z KRS.
2. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON.
3. Zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP.
4. Dyplom ukończenia wyższych studiów medycznych.
5. Prawo wykonywania zawodu lekarza.
6. Dyplom specjalizacyjny potwierdzający posiadanie specjalizacji.
7. Zezwolenie z Izby Lekarskiej na prowadzenie praktyki lekarskiej.
8. Polisa OC.
9. Orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza.
10. Oświadczenie Oferenta o zachowanej ciągłości pracy w udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych.
11. Wypełniony formularz ofertowy.
12. Wypełnione oświadczenie Oferenta.
13. W przypadku, gdy do Konkursu przystępuje podmiot leczniczy: dokumenty wymienione w punktach od 1,2,3,8,11,12 oraz listy lekarzy wraz z oświadczeniem, że na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu podmiot będzie miał zawarte umowy z lekarzami wykazanymi w ofercie, oświadczenie, że podmiot posiada wymagane dokumenty dotyczące uprawnień wykazanych lekarzy tj. numer prawa wykonywania zawodu, dokumenty dotyczące posiadanych specjalizacji, dokumenty dotyczące badań lekarskich uprawniających do wykonywania zawodu, dokumenty dotyczące ubezpieczenia oraz oświadczeniem, że lekarze wykazani w ofercie posiadają ciągłość w udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych.

Za realizację zamówienia oczekuję wynagrodzenia w kwocie:

w Poradni Kardiologicznej

- a) zł brutto 1 wypracowany i rozliczony przez NFZ punkt i ilości wypracowanych punktów do limitu pkt/m-c.
- b) zł brutto za 1 wizytę koordynującą w ramach programu KOS Zawiał
- c) zł brutto za 1 wizytę kończącą w ramach programu KOS Zawiał
- d) zł brutto za 1 wizytę kardiologiczną (pośrednią) w ramach programu KOS Zawiał

w Ośrodku Rehabilitacji Diennej Kardiologicznej

- a) zł brutto za 1 wykonany wpis z Ośrodka Rehabilitacji Diennej Kardiologicznej w ramach realizacji KOS Zawiał

Zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w ilości:

- a) punktów miesięcznie w Poradni Kardiologicznej.
- b) wizyt koordynujących miesięcznie w zakresie udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach programu KOS Zawał
- c) wizyt kończących miesięcznie w zakresie udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach programu KOS Zawał
- d) wizyt kardiologicznych (pośrednich) miesięcznie w zakresie udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach programu KOS Zawał
- e)wypisów miesięcznie w zakresie udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w Ośrodku Rehabilitacji Diennej Kardiologicznej w ramach KOS Zawał

Zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w okresie od do

**** wypełnić właściwe pozycje**

Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Konkursu w dniach i godzinach uzgodnionych w drodze porozumienia Stron z Udzielającym Zamówienia.

.....
miejscowość i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej

**niepotrzebne skreślić*

OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu, telefon, e-mail

.....
Rodzaj rejestru, NIP, REGON,

Oświadczam, że:

1. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia (w przypadku podmiotu leczniczego: oświadczam, że lekarze, z którymi na dzieńr. zawrę umowy posiadają odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń objętych przedmiotem zamówienia).
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z Regulaminem Konkursu i przyjmuję jego treść bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Organizatora Konkursu.

.....
miejscowość i data

.....
podpis Oferenta,
bądź osoby upoważnionej