

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

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

.....
Rodzaj rejestru, NIP, REGON

Formularz Ofertowy
na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych
w Oddziale Kardiologicznym / Poradni Kardiologicznej
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w:

PAKIET I*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji w Oddziale Kardiologicznym

PAKIET II*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Oddziale Kardiologicznym

PAKIET III*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Poradni Kardiologicznej

PAKIET IV*:

udzielenie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania zabiegów ablacji

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 lub zaświadczenie o zdanym egzaminie specjalizacyjnym.
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 **:

PAKIET I:

..... **zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach podstawowej ordynacji w Oddziale Kardiologicznym w wymiarze do godzin miesięcznie

PAKIET II:

..... **zł brutto** za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurowych w Oddziale Kardiologicznym w wymiarze do godzin miesięcznie

PAKIET III:

½ ceny jednostkowej za punkt - wypracowane i rozliczone przez NFZ świadczenia – w Poradni Kardiologicznej w danym miesiącu do limitupkt miesięcznie

PAKIET IV:

a)% ceny brutto procedury wykonanej ablacji zaburzeń rytmu wycenionej przez NFZ do limitu zabiegów miesięcznie

b)% ceny brutto procedury wykonanego zabiegu: diagnostyka inwazyjna zaburzeń rytmu serca wycenionej przez NFZ do limitu zabiegów miesięcznie

c)% ceny brutto procedury wykonanej ablacji (prostej) zaburzeń rytmu z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3D wycenionej przez NFZ do limitu zabiegów miesięcznie

d)% ceny brutto procedury wykonanej ablacji (złożonej) zaburzeń rytmu z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3D wycenionej przez NFZ do limitu zabiegów miesięcznie

e)% ceny brutto procedury wykonanej ablacji migotania przedsionków- izolacji żył płucnych wycenionej przez NFZ do limitu zabiegów miesięcznie wraz z czynnościami wykazanymi w Rozdziale 3 pkt 3.: Pakiet IV Regulaminu Konkursu Ofert

W ilości do zabiegów miesięcznie.

Zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w okresie od do

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

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

mgr Artur Baranowski

* zaznaczyć / wypełnić właściwe pozycje

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

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
mgr Artur Baranowski