

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAWARCIE UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU:  
LECZENIE SZPITALNE W ZAKRESIE:**

- ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA
- ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY
- ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM
- ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA ENDOPROTEZOPLASTYKI STAWU BIODROWEGO LUB KOLANOWEGO (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)
- ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - ZABIEGI ENDOPROTEZOPLASTYKI (ŚWIADCZENIA SPRAWOZDAWANE W RYCZAŁCIE PSZ)
- ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA- ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18. ROKU ŻYCIA (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)

**W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W POZNANIU  
IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO**

**1. Dane oferenta**

Imię i nazwisko.....

telefon.....

email.....

adres:.....

ulica .....nr.....

PESEL..... NIP .....REGON.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do Rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą  
.....

Nazwa (firma).....

Specjalizacja (nazwa i stopień).....

Podane powyżej dane są środkami komunikacji, którymi będę się posługiwać w kontakcie z Udzielającym zamówienia w trakcie prowadzonego konkursu. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane za pośrednictwem przywołanych wyżej środków komunikacji uznaję za skutecznie złożone przez Udzielającego zamówienia.

**2. Przedmiot oferty**

Złożona przeze mnie oferta jest ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarzy posiadający specjalizację w zakresie ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU, CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ** w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego

.....  
Data i podpis

### 3. Oferta

#### a) Cena

Cena jaką oferuję za udzielanie świadczeń zdrowotnych, które stanowią przedmiot Konkursu ofert to:

- **brutto .....** zł (**..... złotych**) za jedną godzinę pełnienia dyżuru medycznego w Oddziale i Izbie Przyjęć zgodnie z Harmonogramem;
- udział w kwocie do podziału stanowiącej ..... % **od wartości wykonanych i zatwierdzonych przez NFZ procedur operacyjnych w ramach ryczału PSZ**, którą Strony definiują jako wartość wykonanych i zatwierdzonych przez NFZ procedur operacyjnych podlegających rozliczeniu w danym miesiącu, wykonanych przez lekarzy w Oddziale na podstawie umowy, w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, w ramach ryczału PSZ, przy uwzględnieniu czasu pracy zapewniającego funkcjonowanie Oddziału;
- udział w kwocie do podziału stanowiącej ..... % **od wartości wykonanych i zatwierdzonych przez NFZ procedur operacyjnych poza ryczałtem PSZ**, którą Strony definiują jako wartość wykonanych i zatwierdzonych przez NFZ procedur operacyjnych w danym miesiącu, wykonanych przez lekarzy w Oddziale na podstawie umowy, w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, poza ryczałtem PSZ, przy uwzględnieniu czasu pracy zapewniającego funkcjonowanie Oddziału ;

#### b) Tytuły naukowe, zawodowe i doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne:

|   | <b><u>ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE</u></b>   |
|---|--|
| <b>Tytuł naukowy w zakresie nauk medycznych</b>         | 1. tytuł doktora nauk medycznych - <b>5 pkt</b> ,<br>2. tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych - <b>10 pkt</b> ,<br>3. tytuł profesora nauk medycznych - <b>15 pkt</b> . |
| <b>Doświadczenie w przedmiocie udzielania świadczeń</b> | 1. do 5 lat doświadczenia - <b>5 pkt</b> ,<br>2. do 10 lat doświadczenia - <b>10 pkt</b> ,<br>3. powyżej 15 lat doświadczenia - <b>15 pkt</b> ,                                |

### 5. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu:

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarzy posiadający specjalizację w zakresie ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU, CHIRURGII**

**URAZOWO – ORTOPEDYCZNEJ** w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego **od 1 października 2023 r. do 30 września 2026 r.**

.....  
Data i podpis

#### **6.Oświadczenia:**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarzy posiadający specjalizację w zakresie ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU, CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ** stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO) i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do SWKO oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego zamówienia.

.....  
Data i podpis

Zobowiązuję się do posiadania ważnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 1 do SWKO.

.....  
Data i podpis

Oświadczam, że nie jestem pozbawiona/y, ani zawieszona/y w prawach do wykonywania zawodu na mocy prawomocnego wyroku karnego sądu powszechnego ani zawodowego sądu lekarskiego, a w chwili składania niniejszej oferty nie toczy się przeciwko mnie postępowanie przygotowawcze, które mogłoby prowadzić do pozbawienia mnie prawa wykonywania zawodu.

.....  
Data i podpis

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w podanym wyżej zakresie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. prof. Ludwika Bierkowskiego w Poznaniu wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do przeprowadzenia Konkursu ofert. Oświadczam, że jestem świadoma/y przysługujących mi praw związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych jest równoznaczne z wycofaniem oferty z Konkursu.

.....  
Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu, dokument potwierdzający tytuł naukowy, dyplom lekarza, dyplom specjalizacji,
2. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Okręgowa Rada Lekarska),
3. Wpis do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej (CEIDG),
4. Polisę ubezpieczenia OC,
5. Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,
6. Opis przebiegu pracy zawodowej wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnianie wymagań określonych w SWKO – CV