

**FORMULARZ OFERTOWY**

**UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ PRZEZ LEKARZA PSYCHIATRĘ W RODZAJU OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ W ZAKRESIE ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORYJNE DLA DOROSŁYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWIA W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO**

**1. Dane oferenta**

Imię i nazwisko.....

telefon.....

email.....

adres:.....

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

NIP .....REGON.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

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

Nazwa firmy.....

Specjalizacja (nazwa i stopień)

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

Udzielający zamówienia jest uprawniony do kontaktu Oferentem za pośrednictwem wskazanych powyżej środków komunikacji w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane za pośrednictwem przywołanych wyżej środków komunikacji uznają się za skutecznie złożone przez Udzielającego zamówienia.

.....  
Data i podpis oferenta

**2. Przedmiot oferty**

Złożona przeze mnie oferta jest ofertą na udzielanie przez lekarza psychiatrę świadczeń zdrowotnych w rodzaju Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych

.....  
Data i podpis

### 3. Oferta

#### a) cena

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

cena jednostkowa za punkt rozliczeniowy..... zł (słownie: .....)

#### b) kwalifikacje i dostępność udzielania świadczeń

	<b><u>ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE</u></b>
<b>kwalifikacje</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. specjalizacja w dziedzinie psychiatrii</li><li>2. w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - po ukończeniu co najmniej pierwszego roku specjalizacji</li></ol>
<b>dostępność udzielania świadczeń</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. co najmniej trzy dni w tygodniu w wymiarze co najmniej 12 godz. tygodniowo</li><li>2. dwa dni w tygodniu w wymiarze co najmniej 4 godz. tygodniowo,</li><li>3. jeden dzień w tygodniu w wymiarze co najmniej 2 godz. tygodniowo</li></ol>

#### 4. Okres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących przedmiot konkursu:

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego  
**od 1 lipca 2024 r. do 30 czerwca 2025 r.**

.....  
Data i podpis

#### 5. Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych 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 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 opieki zdrowotnej 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

Oświadczam, iż nie byłam/am karana/y za przestępstwo na szkodę dzieci ani nie toczy się wobec mnie żadne postępowanie w tym zakresie.

.....

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 2016r. 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, poświadczenie kierownika specjalizacji
2. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Okręgowa Rada Lekarska),
3. Wpis do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej (CEIDG),
4. Polisa ubezpieczenia OC,
5. Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,