

FORMULARZ OFERTOWY

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU: LECZENIE SZPITALNE W ZAKRESIE: ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA II POZIOM REFERENCYJNY-HOSPITALIZACJA- POSTĘPOWANIE UZUPEŁNIAJĄCE W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko.....

telefon.....

email.....

adres:.....

ulicanr.....

PESEL..... NIPREGON.....

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 konkursu ofert. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane za pośrednictwem określonych wyżej środków komunikacji uznają się za skutecznie złożone przez Udzielającego zamówienia.

2. Przedmiot oferty

Złożona przeze mnie oferta jest ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarza specjalistę w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Anestezjologia i Intensywna Terapija II poziom referencyjny - hospitalizacja** 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:

- stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych od poniedziałku do piątku od 7.00 do 15.00 w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Bloku Operacyjnym oraz w Gabinetecie Poradni Kwalifikacji Anestezjologicznej w wysokości

brutto: zł (słownie:), przy czym stawka za godzinę udzielania tych świadczeń po wypracowaniu w danym miesiącu co najmniej 71 godzin wynosi brutto zł (słownie:),

- stawki za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego w dni powszednie 15:00-7:00 w wysokości brutto: zł (słownie:),
- stawki za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego w soboty, niedziele i święta od 7.00 do 7.00 w wysokości brutto: zł (słownie:),
- stawki za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w czasie czwartego i kolejnych dyżurów medycznych w danym miesiącu, w wysokości brutto: zł (słownie:).
-
-

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

	ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE
Tytuł naukowy w zakresie nauk medycznych	1. tytuł doktora nauk medycznych - 5 pkt , 2. tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych - 10 pkt , 3. tytuł profesora nauk medycznych - 15 pkt .
Doświadczenie w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii	1. do 5 lat doświadczenia - 5 pkt , 2. powyżej 5 do 10 lat doświadczenia - 10 pkt , 3. powyżej 10 lat doświadczenia - 15 pkt ,

5. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu:

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarza specjalistę w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Anestezjologia i Intensywna Terapia II poziom referencyjny – hospitalizacja** w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego **od 01.11.2024 r. do 30.04.2025 r.**

.....

Data i podpis

6. Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarza specjalistę w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Anestezjologia i Intensywna Terapia II poziom referencyjny – hospitalizacja** 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, 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

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.