

**FORMULARZ OFERTOWY**

**UDZIELANIE PRZEZ LEKARZA ŚWIADCZEŃ 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 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. Lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii</li><li>2. Lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - po ukończeniu co najmniej pierwszego roku specjalizacji</li><li>3. Lekarz posiadający 1 stopień specjalizacji w dziedzinie psychiatrii</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 03.11. 2024 r. do 31.10. 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 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 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 byłem/em 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 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, 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,
6. Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego opatrzone datą nie wcześniejszą niż miesiąc przed dniem zgłoszenia do konkursu - w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,