

FORMULARZ OFERTOWY

Nr oferty (wypełnia zamawiający)
DSP 1132/2/...../2021

**Konkurs ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych
w okresie od 01.09.2021r. do 31.08.2023r.
(termin zawarcia umowy)**

Nazwa i adres działalności gospodarczej (w tym NIP i REGON):

Imię:	Nazwisko:	Adres do korespondencji:
Adres e-mail: (wymagany)	Telefon:	

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie **ortopedii i traumatologii narządu ruchu** z dnia:

Oferta dotyczy (właściwe zakreślić x) :

- udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji Szpitala w dni robocze w Dziale Urazowo – Ortopedycznym,
- Kierowania Działem Urazowo – Ortopedycznym
- leczenia i konsultacji pacjentów w Poradni Urazowo – Ortopedycznej, Poradni Preluksacyjnej Wad Postawy.

Oświadczenia (zakreślić x, * niepotrzebne skreślić):

- Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia, ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, treścią regulaminu przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz zdobyłem (am) konieczne informacje do przygotowania oferty.
- Oświadczam, że posiadam dyplom ukończenia studiów Nr, wydany w dniu przez.....
- Oświadczam, że posiadam prawo wykonywania zawodu Nr....., wydane w dniu przez
- Oświadczam, że w ramach prowadzonej Praktyki Lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym.
- Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związanej z wykonywaniem zawodu lekarza.
- Oświadczam, że jestem / nie jestem podmiotem*, z którym Udzielający zamówienie miał zawarte wcześniej umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

Proponowane warunki finansowe :

brutto:.....zł, (słownie).....	ryczałt miesięczny za udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w ramach ordynacji Szpitala w Dziale Urazowo – Ortopedycznym w godz. od 7.00 do 14.30
brutto:.....zł, (słownie).....	ryczałt za koordynację udzielanych świadczeń w Dziale Urazowo – Ortopedycznym

Poradnia Urazowo – Ortopedyczna, Poradnia Preluksacyjna wad Postawy – należność za świadczenie usług zdrowotnych w wysokości% wartości indywidualnie wypracowanego przychodu..

PROCEDURY:

Za wykonanie 1 procedury endoprotezoplastyki biodra, endoprotezoplastyki kolana, kompleksowych zabiegów w zakresie kończyny dolnej (kolana) należność w wysokości% wartości procedury grupy JGP pomniejszonej o wartość implantu, technicznego środka leczniczego.

Kwalifikacje zawodowe niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych:

Specjalizacje:,
.....

Załączniki do oferty (zakreślić x):

- Dyplom ukończenia studiów,
- Dyplom uzyskania specjalizacji,
- Prawo wykonywania zawodu lekarza,
- Aktualny wydruk z CEIDG,
- Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w Zielonej Górze;
nr księgi rejestrowej:,
- Kserokopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
- Kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego z badania przeprowadzonego dla celów sanitarno-epidemiologicznych.
- Kserokopię aktualnej polisy OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
- zaświadczenia o zdanym egzaminie z ochrony radiologicznej pacjentów.

Inne dokumenty (nie wymienione w ofercie):

- 1
- 2
- 3

Obowiązek dotyczący złożenia ww. dokumentów wypełnia podmiot, z którym Udzielający zamówienie nie miał wcześniej zawartej umowy oraz podmiot, u którego w żądanych wyżej dokumentach wystąpiły zmiany.

.....
(data wypełnienia oferty, pieczęć i podpis Oferenta)