

FORMULARZ OFERTOWY

Nr oferty (wypełnia zamawiający)
DSP 1132/2/...../2022

**Konkurs ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych
w okresie od 01.07.2022r. do 30.06.2024
(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 położnictwa i ginekologii** z dnia 09 czerwca 2022r.

Oferta dotyczy (właściwie zakreślić x):

- Kierowania Działem Położniczo – Ginekologicznym szpitala w Nowej Soli,
- świadczenia usług zdrowotnych w formie pełnienia dyżurów dziennych w dni robocze,
- świadczenia usług zdrowotnych w formie pełnienia dyżurów medycznych nocnych w dni robocze, dyżurów świątecznych w soboty, niedziele i święta w Dziale Położniczo – Ginekologicznym,
- leczenia i konsultacji pacjentów w Poradni Ginekologicznej.

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 :

.....% wartości grypy JGP	Za wykonywanie procedur zamkniętych z zakresu ginekologii i ginekologii onkologicznej, procedur z dziedziny ginekologii onkologicznej pakiet DILO i poza DILO w trakcie pełnienia dyżuru dziennego w dni robocze w godz. od 8.00-15.30 wg limitu ustalonego przez Udzielającego zamówienie .
brutto:.....zł, (słownie).....	za 1 godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w formie dyżuru medycznego nocnego w dni robocze w godz. od 15.30 – 8.00,
brutto:.....zł, (słownie).....	za 1 godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w formie dyżuru świątecznego w soboty, niedziele i święta w godz. w godz. od 8.00 do 8.00.

Gotowość do pełnienia dyżurów medycznych w ilości: miesięcznie

Zabezpieczenie świadczeń okołoporodowych	
Za każdą godzinę pełnienia dyżuru dziennego w dni robocze, dyżuru medycznego nocnego w dni robocze, dyżuru świątecznego w soboty, niedziele i święta w czasie, którym Oferent zabezpieczał będzie świadczenia okołoporodowe(porody)	należność w kwocie zł./godz. słownie:
Za udzielanie świadczeń medycznych w Dziale Położniczo – Ginekologicznym w dni robocze w godz. od 8:00 do 15:30 od poniedziałku do piątku w godzinach ordynacji szpitala	
Ryczałt miesięczny w kwocie.....zł.	Słownie.....
Za koordynację udzielanych świadczeń w Dziale Położniczo – Ginekologicznym	
Ryczałt miesięczny w kwocie..... zł.	Słownie.....
Za świadczenie usług w Poradni Ginekologicznej należność w kwocie% wartości indywidualnie wypracowanego przychodu.	

Kwalifikacje zawodowe niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych:
<input type="checkbox"/> W trakcie specjalizacji z :
<input type="checkbox"/> Specjalizacje:
Załączniki do oferty (zakreślić x):
<input type="checkbox"/> Dyplom ukończenia studiów, <input type="checkbox"/> Dyplom uzyskania specjalizacji, <input type="checkbox"/> Kserokopia książeczki specjalizacyjnej lub jej wydruk ze strony internetowej Systemu Monitorowania Kształcenia, <input type="checkbox"/> Prawo wykonywania zawodu lekarza, <input type="checkbox"/> Aktualny wydruk z CEIDG, <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w Zielonej Górze; nr księgi rejestrowej: <input type="checkbox"/> Kserokopię aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia. <input type="checkbox"/> Kserokopia aktualnego orzeczenia lekarskiego z badania przeprowadzonego dla celów sanitarno-epidemiologicznych. <input type="checkbox"/> Kserokopię aktualnej polisy OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy najpóźniej w dniu zawarcia umowy.

Inne dokumenty (nie wymienione w ofercie):
1
2
..... (data wypełnienia oferty, pieczęć i podpis Oferenta)