

Załącznik nr 1 do **Szczegółowych Warunków
Konkursu Ofert nr DUM - 3/2017**

Pieczęć firmowa

Oferenta

.....dnia

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów
Opieki Zdrowotnej 09-200 Sierpc
ul. Słowackiego 32

OFERTA NA KONKURS OFERT NR DUM - 3/2017

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w następujących Poradniach Przychodni Specjalistycznej i n/w Pracowniach SPZZOZ w Sierpcu:

- Poradni Chirurgii Ogólnej,
- Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- Poradni Chorób Płuc,
- Poradni Dermatologicznej,
- Poradni Diabetologicznej,
- Poradni Gastroenterologicznej,
- Poradni Kardiologicznej,
- Poradni Medycyny Pracy,
- Poradni Neonatologicznej,
- Poradni Neurologicznej,
- Poradni Okulistycznej,
- Poradni Onkologicznej,
- Poradni Położniczo-Ginekologicznej,
- Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
- Poradni Reumatologicznej,
- Poradni Stomatologicznej,
- Poradni Urologicznej,
- Poradni Zdrowia Psychicznego,
- Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia,
- Pracowni USG w zakresie wykonywania badań ultrasonograficznych doppler duplex serca (Echo serca),
- Pracowni Endoskopii w zakresie wykonywania badań endoskopowych: gastrokopii, kolonoskopii, kolonoskopii z polipektomią,
- Pracowni Endoskopii w zakresie wykonywania badań bronchofiberoskopii,

oraz na udzielanie świadczeń zdrowotnych **przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny tj.:**

- wykonywanie protez zębowych oraz naprawy protez dla Poradni Stomatologicznej przez osoby uprawnione,
- prowadzenia psychoterapii w Poradni Zdrowia Psychicznego przez osobę legitymującą się fachowymi uprawnieniami psychoterapeuty zgodnie z aktualnym rozporządzeniem Ministra Zdrowia,
- wykonywania porad psychologicznych w Poradni Zdrowia Psychicznego przez psychologa z uprawnieniami psychologa klinicznego – zgodnie z aktualnym rozporządzeniem Ministra Zdrowia,
- prowadzenia zajęć superwizji zespołu terapeutycznego w Poradni Terapii Uzależnienia Od Alkoholu i Współuzależnienia przez osobę legitymującą się fachowymi uprawnieniami superwizora psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia.

1. Dane o ofercie:

.....
(nazwisko i imię/nazwa podmiotu leczniczego)

.....
(nazwa, pod którą wykonywana jest działalność i wpis do właściwej ewidencji działalności gospodarczej/wpis do KRS)

.....
(adres oferenta i adres do korespondencji)

.....
(nr wpisu do właściwego rejestru praktyk lekarskich/podmiotów wykonujących działalność leczniczą i organ prowadzący)

.....
(nr NIP) (nr REGON)

.....
(telefon, fax)

2. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych (wypełnić odpowiednio):

a/ Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w
proponuję wynagrodzenie w wysokości: zł brutto za 1 punkt
wykonanych świadczeń, słownie:

b/ Za udzielanie konsultacji pacjentów oddziałów Szpitala SPZZOZ w Sierpcu proponuję
wynagrodzenie w wysokości: zł brutto, słownie:.....
za 1 wykonaną konsultację.

c/ Za wykonane badanie profilaktyczne na rzecz pracowników zakładów pracy, które
mają podpisaną umowę z SPZZOZ w Sierpcu - proponuję wynagrodzenie
w wysokości: zł brutto, słownie:..... za 1 wykonane
badanie (dotyczy: Poradni Okulistycznej i Neurologicznej).

- d/** Za udzielanie porad w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia SPZZOZ w Sierpcu proponuję wynagrodzenie w wysokości: zł brutto, słownie:..... za 1 wykonaną poradę.
- e/** Za wykonywanie badań ultrasonograficznych doppler duplex serca w Pracowni USG dla pacjentów oddziałów - proponuję wynagrodzenie w wysokości:zł brutto słownie:..... za 1 wykonane badanie.
- f/** Za udzielanie świadczeń stomatologicznych ponadstandardowych wykonywanych materiałami światłoutwardzalnymi w Poradni Stomatologicznej za dopłatą pacjenta - proponuję wynagrodzenie w wysokości: % brutto, słownie:% od ogólnej kwoty dopłat pacjentów w danym miesiącu, a wykonanych przez Przyjmującego zamówienie.
- g/** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań gastrokopii proponuję wynagrodzenie w wysokości: zł brutto za 1 wykonane badanie, słownie:
- h/** Za wykonywanie badań kolonoskopii proponuję wynagrodzenie w wysokości: zł brutto za 1 wykonane badanie, słownie:.....
- i/** Za wykonywanie badań kolonoskopii i polipektomii proponuję wynagrodzenie w wysokości: zł brutto za 1 wykonane badanie, słownie:
- j/** Za wykonywanie badań bronchofiberoskopii proponuję wynagrodzenie w wysokości: zł brutto za 1 wykonane badanie, słownie:.....
- k/** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie : proponuję wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości: zł brutto miesięcznie/kwartalnie, słownie:..... (dotyczy: psychologów, psychoterapeutów, innych osób uprawnionych)
- l/** Za wykonanie protez zębowych proponuję wynagrodzenie w wysokości: zł brutto za 1 wykonaną protezę, słownie: oraz za naprawy protez proponuję wynagrodzenie w wysokości: zł brutto za 1 wykonaną naprawę, słownie:
- ł/** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie : proponuję wynagrodzenie w wysokości: zł brutto za 1 godz. wykonanych świadczeń, słownie:..... (dotyczy: Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej)
- m/** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Poradni Medycyny Pracy proponuję:
- za wykonane 1 badanie z wydaniem zaświadczenia/orzeczenia wynagrodzenie w wysokości:zł brutto słownie zł
 - za wykonane 1 badanie plus uaktualnienie książeczki zdrowia wynagrodzenie w wysokości: zł brutto słownie zł
 - za udział w komisji bhp działającej na terenie danego zakładu pracy wynagrodzenie

w wysokości: zł brutto słownie zł
za 1 godzinę wykonanych świadczeń.

3. Wykaz załączników do oferty:

1/

2/

3/

4/

5/

6/

7/

8/

9/

10/

**4. Oferta została złożona na stronach parafowanych i kolejno ponumerowanych
od nr do nr**

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla OFERENTA:

1. Oryginały lub kserokopie dokumentów potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem potwierdzające kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza/innej osoby uprawnionej tj.:

- 1/ dyplom,
- 2/ prawo wykonywania zawodu,
- 3/ dyplomy posiadanych specjalizacji, tytułów naukowych, karta specjalizacyjna,
- 4/ certyfikaty lub inne zaświadczenia dokumentujące uprawnienia do wykonywania oferowanego zakresu świadczeń,

2 Potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem dokumenty określające status prawny oferenta tj.:

- 1/ wydruk z księgi rejestrowej potwierdzający wpis indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- 2/ zaświadczenie w formie wydruku z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP o wpisie indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego do ewidencji działalności gospodarczej, inne osoby uprawnione - wydruk wpisu do CEIDG RP,
- 3/wydruk z księgi rejestrowej potwierdzający wpis podmiotu leczniczego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – dot. podmiotów leczniczych,
- 4/poświadczona przez Oferenta kserokopia wpisu do KRS – dot. podmiotów ujawnionych w KRS,
- 5/ poświadczona przez Oferenta kserokopia Statutu podmiotu leczniczego - w przypadku posiadania,
- 6/ zaświadczenie lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza/innej osoby uprawnionej,
- 7/ aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych (zaświadczenie wydane przez lekarza profilaktyka lub wpis w książeczce zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych).

8/zaświadczenie o nadaniu nr REGON i NIP nie jest wymagane w przypadku załączenia do oferty aktualnego wydruku wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG),

3. Potwierdzona przez Oferenta za zgodność, obowiązkowa polisa OC dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna/indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska oraz innych osób uprawnionych (minimalna suma gwarancyjna w odniesieniu do jednego i wszystkich zdarzeń – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293, poz. 1729).

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałam/em/ się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em/ się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em/ się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenie zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związana/y/ ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości zł, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293, poz. 1729).
9. Oświadczam, że staż pracy w wykonywanym przeze mnie zawodzie wynosi..... lat.
10. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności gospodarczej samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
11. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie wynikającym z postępowania konkursowego.
13. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 1 stycznia 2018r. do dnia 31 grudnia 2018r.

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

.....
pieczęć firmowa z pełną nazwą Oferenta

WYKAZ osób udzielających świadczeń zdrowotnych

L.p.	Imię i nazwisko	PESEL	Nr prawa wykonywania zawodu	Posiadana specjalizacja

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)