Załącznik nr 1 do **Szczegółowych Warunków**
Konkursu Ofert nr DUM - 2/2017

Pieczęć firmowa

Oferenta

.....dnia .....

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

OFERTA NA KONKURS OFERT NR DUM - 2/2017

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Szpitalu SPZZOZ w Sierpcu w:

1/ Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Bloku Operacyjnym,
2/ Oddziale Chorób Wewnętrznych,
3/ Oddziale Chirurgicznym,
4/ Oddziale Chirurgicznym w zakresie wykonywania zabiegów urazowo-ortopedycznych,
5/ Oddziale Chirurgicznym w zakresie wykonywania zabiegów proktologicznych,
6/ Oddziale Ginekologiczno-Położniczym,
7/ Oddziale Pediatrycznym i Neonatologicznym,
8/ Oddziale Pediatrycznym i Neonatologicznym oraz wykonywanie konsultacji kardiologicznych w tych Oddziałach,
9/ Oddziale Neonatologicznym,
10/ Oddziale Rehabilitacyjnym i Ośrodku Rehabilitacji Dziennej,
11/ Oddziale Rehabilitacyjnym oraz wykonywanie konsultacji ortopedycznych w Ośrodku Rehabilitacji Dziennej,
12/ Zakładzie Diagnostyki Obrazowej,
13/ Pracowni USG Zakładu Diagnostyki Obrazowej w zakresie wykonywania badań ultrasonograficznych doppler duplex,
14/ Pracowni USG Zakładu Diagnostyki Obrazowej w zakresie wykonywania badania USG przezciemiączkowego

1. Dane o oferencie:

.....
(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 Oddziale ……..
w zakresie: ……..
proponuję wynagrodzenie w wysokości: ..... zł brutto
słownie: .....
za 1 godz. wykonanych świadczeń.

b/ Za udzielanie świadczeń w zakresie pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń w Oddziale…… na wezwanie lekarza dyżurnego proponuję wynagrodzenie w wysokości: …… zł brutto słownie: ……..
za 1 godz. pozostawania w gotowości (dot. Oddziału Chirurgicznego i Ginekologiczno-Położniczego).

c/ Za faktyczne wykonanie świadczeń w Oddziale na wezwanie lekarza dyżurnego proponuję wynagrodzenie w wysokości: …… zł brutto słownie:……..
za 1 godz. faktycznego wykonania świadczeń (dot. Oddziału Chirurgicznego i Ginekologiczno-Położniczego).

d/ Za wykonane zabiegi …….. w Oddziale Chirurgicznym Szpitala SPZZOZ w Sierpcu zgodnie z katalogiem świadczeń Oddziału – proponuję wynagrodzenie w wysokości: ..... % , słownie: .....
wartości wykonanej usługi.

e/ Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale ……..
w zakresie: ……..
proponuję miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości: ..... zł brutto słownie: .....
za wykonane świadczenia.

f/ Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji kardiologicznych w Oddziale Pediatrycznym i Neonatologicznym proponuję wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości: ..... zł brutto słownie: .....
za 1 wykonaną konsultację.

g/ Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji ortopedycznych w Ośrodku Rehabilitacji Dziennej proponuję wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości: ..... zł brutto słownie: .....
za 1 wykonaną konsultację.

h/ Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania n/w badań proponuję wynagrodzenie w wysokości brutto za 1 wykonane badanie:

- ..... = ……. zł
  brutto słownie:.....
- .....= …….. zł
  brutto słownie:.....
- .....= …….. zł
  brutto słownie:.....

i/ Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań…….
……
proponuję miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości …… zł brutto
słownie: ……. za wykonane badania:

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,
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).

Załącznik nr 2 do oferty na konkurs ofert
nr DUM – 2/2017

.....
(miejscowość, 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)

Załącznik nr 3 do oferty na konkurs ofert
nr DUM – 2/2017

.....
pieczęć firmowa z pełną nazwa Oferenta

WYKAZ lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych

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

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)