Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków
Konkursu ofert nr DUM-2/2018

Pieczęć firmowa
Oferenta

.....dnia .....

Samodzielny Publiczny Zespół

Zakładów Opieki Zdrowotnej

09-200 Sierpc, ul. Słowackiego 32

OFERTA NA KONKURS OFERT NR DUM - 2/2018

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w :

1/ Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Bloku Operacyjnym Szpitala SPZZOZ w Sierpcu - przez lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,
2/ Oddziale Pediatrycznym i Neonatologicznym Szpitala SPZZOZ w Sierpcu - przez lekarzy specjalistów w zakresie pediatrii/neonatologii lub lekarzy pediatrów/neonatologów,
3/ Oddziale Chorób Wewnętrznych – przez lekarzy specjalistów w zakresie chorób wewnętrznych lub lekarzy chorób wewnętrznych,
4/ Poradni Chirurgii Ogólnej Przychodni Specjalistycznej SPZZOZ w Sierpcu - przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii ogólnej lub lekarza chirurga lub lekarza specjalizującego się w zakresie chirurgii ogólnej, posiadającego aktualne zaświadczenie od kierownika specjalizacji potwierdzające wiedzę i umiejętności umożliwiające samodzielną pracę w poradni specjalistycznej.

1. Dane Oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

.....
(adres)

.....
(adres do korespondencji, w przypadku, gdy jest inny niż adres Oferenta j.w.)

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

.....
(telefon, fax)

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

a/ Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale .....

.....

proponuję wynagrodzenie w wysokości: ..... zł brutto
słownie: .....
za 1 godz. wykonanych świadczeń.

b/ Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni .....
proponuję wynagrodzenie w wysokości: ..... zł brutto
słownie: .....
za 1 punkt 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 lub osoby upoważnionej)

Załącznik nr 1 do oferty na Konkurs ofert
nr DUM-2/2018

ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla OFERENTA:

1. Kserokopie dokumentów własnoręcznie potwierdzone przez Oferenta za zgodność z oryginałem lub ich oryginały, potwierdzające kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza:
   - dyplom,
   - prawo wykonywania zawodu,
   - dyplomy posiadanych specjalizacji, tytułów naukowych,
   - w przypadku lekarza będącego w trakcie specjalizacji - karta specjalizacyjna wraz z aktualnym zaświadczeniem od kierownika specjalizacji, potwierdzającym wiedzę i umiejętności umożliwiające Oferentowi samodzielne udzielanie świadczeń (dot. Poradni Specjalistycznej),
   - certyfikaty lub inne zaświadczenia dokumentujące uprawnienia do wykonywania oferowanego zakresu świadczeń,

2. Dokumenty określające status prawny Oferenta, odpowiednio właściwe :
1/ wydruk z księgi rejestrowej potwierdzający wpis indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w zakładzie podmiotu leczniczego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
2/ zaświadczenie w formie wydruku o wpisie indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w zakładzie podmiotu leczniczego do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP,
3/wydruk z księgi rejestrowej potwierdzający wpis podmiotu leczniczego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - dot. podmiotów ujawnionych w KRS,
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 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 z oryginałem, obowiązkowa polisa odpowiedzialności cywilnej (OC) w ramach działalności gospodarczej – minimalna suma gwarancyjna w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 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).

4. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze Szczegółowymi warunkami Konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta.

5. Inne dokumenty, w tym:
   - zaświadczenie od lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza,
   - aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych (zaświadczenie wydane przez lekarza profilaktyka lub wpis w książeczce zdrowia dla celów sanitarno- epidemiologicznych),
   - zaświadczenie o odbytym szkoleniu okresowym bhp.

Dokumenty wymienione w pkt. 5 będą wymagane do przedłożenia, najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy.

12

Załącznik nr 2 do oferty na Konkurs ofert
nr DUM-2/2018

.....
(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 Regulaminem Konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem /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 Wzoru umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, ze 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 podane w ofercie stawki za udzielanie świadczeń nie ulegną zmianie w okresie trwania umowy.
11. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności gospodarczej samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
12. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
13. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie wynikającym z postępowania konkursowego.
14. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 01 czerwca 2018r. do dnia 30 czerwca 2019r.

.....
(Podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej)

Załącznik nr 3 do oferty na Konkurs ofert
nr DUM – 2/2018

.....
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 lub osoby upoważnionej)