

**Formularz ofertowy na świadczenie lekarskich usług zdrowotnych  
w Oddziałach szpitalnych**

Po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia dotyczącego konkursu ofert na świadczenie usług zdrowotnych i wzorem umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych niniejszym składam swoją ofertę na wykonywanie usług medycznych na zasadach podanych w ogłoszeniu:

**I. Na udzielanie świadczeń w czasie ordynacji w oddziale .....**

(w tym pełnienie zadań koordynatora/ Z-cy koordynatora w oddz. ....\*)

**II. Na udzielanie świadczeń w ramach opieki lekarskiej – dyżury\*:**

- Na zabezpieczenie dyżurowe oddziału .....
- Na zabezpieczenie dyżurowe oddziału .....
- Na zabezpieczenie dyżurowe oddziału .....
- Na zabezpieczenie dyżurowe oddziału/ oddziałów .....
- Na zabezpieczenie dyżurowe „pod telefonem” oddziału .....

**III. Dane oferenta**

Nazwa, siedziba oferenta (pieczęćka jeśli posiada)	
Imię i nazwisko	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Nr telefonu komórkowego	
Nazwa Banku i nr konta	
NIP	
REGON	
Adres mailowy	

Oferent posiada\*:

- Tytuł specjalisty I stopnia w dziedzinie:.....
- Tytuł specjalisty II stopnia w dziedzinie:.....
- Specjalizacja w dziedzinie (ukończona tzw. „nowym trybem”).....
- Jest w trakcie specjalizacji w dziedzinie: .....

Posiadane przez Oferenta tytuły naukowe:

- Tytuł profesora
- Tytuł doktora habilitowanego
- Tytuł doktora nauk medycznych

#### **IV. Proponowany czas świadczenia usług i wynagrodzenie**

1. Proponowane wynagrodzenie i czas świadczenia usług medycznych **w czasie ordynacji** w dni powszednie w minimalnym wymiarze czasu świadczenia usług \* (deklarowana liczba godzin i wynagrodzenie nie powinno zawierać czasu pracy i wynagrodzenia przeznaczonego na poradnię, pracownię):

37,5 godzin tygodniowo - ..... **zł brutto za m-c\*** (w tym zawarte wynagrodzenie za pełnienie zadań Koordynatora / Z-cy koordynatora osób, które wskazały te czynności w części I)

lub

..... **godzin tygodniowo - ..... zł brutto za m-c / godzinę / dzień\*** (w tym zawarte wynagrodzenie za pełnienie zadań Koordynatora / Z-cy koordynatora osób, które wskazały te czynności w części I)

2. Wynagrodzenie za dyżury:

**w Oddziale** .....

a) przy minimalnej liczbie dyżurów m-nie - do 3-ch - w dni powszednie .....**zł brutto za godzinę,**

w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracy .....**zł brutto za godzinę,**

b) przy minimalnej liczbie dyżurów m-nie – do 6-ciu - w dni powszednie .....**zł brutto za godzinę,**

w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracy .....**zł brutto za godzinę,**

c) przy minimalnej liczbie dyżurów m-nie - od 7 - w dni powszednie .....**zł brutto za godzinę,**

w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracy .....**zł brutto za godzinę,**

**w Oddziale** .....

a) przy minimalnej liczbie dyżurów m-nie - do 3-ch - w dni powszednie .....**zł brutto za godzinę,**

w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracy .....**zł brutto za godzinę,**

b) przy minimalnej liczbie dyżurów m-nie – do 6-ciu - w dni powszednie .....**zł brutto za godzinę,**

w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracy .....**zł brutto za godzinę,**

c) przy minimalnej liczbie dyżurów m-nie - od 7 - w dni powszednie .....**zł brutto za godzinę,**

w soboty, niedziele, święta ustawowo wolne pracy .....**zł brutto za godzinę,**

d) za zabezpieczenie dyżurowe „pod telefonem” oddziału ..... **min. l. dyż. m-nie - .....**

w wysokości .....**zł brutto za godzinę.**

3. Inne: .....

4. Deklaracja wykonywania usług na bloku operacyjnym poza godzinami normalnej ordynacji:\* TAK

NIE

Deklaracja co do chęci wykonywania usług na bloku operacyjnym poza godzinami normalnej ordynacji stanowi element informacyjny dla Udzielającego zamówienia, nie rodzi zobowiązania po stronie oferenta i może być zmieniona na etapie realizowania umowy.

**V. Okres obowiązywania umowy:\*** **01.08.2018 r. – 31.12.2018 r.**

**01.08.2018 r. – 31.12.2019 r.**

\*właściwe zaznaczyć

Oświadczam, że:

1. świadczenia wykonywane będą w „Szpitalu Giżyckim” Sp. z o.o. w restrukturyzacji z siedzibą w Giżycku, przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,
2. nie wnoszę zastrzeżeń do treści ogłoszenia, projektu umowy oraz posiadam niezbędne informacje do sporządzenia oferty,
3. jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi,
4. posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia,
5. załączniki w postaci kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
  - wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
  - wpis do ewidencji działalności gospodarczej
  - kopię statutu, odpis z KRS (jeśli dotyczy)
  - dyplom ukończenia studiów medycznych
  - dyplomy posiadanych specjalizacji lub karta specjalizacyjna
  - dyplomy o posiadanych tytułach naukowych
  - prawo wykonywania zawodu
  - zaświadczenie lekarskie o zdolności do podjęcia świadczeń, wystawione przez lekarza medycyny pacy
  - aktualne zaświadczenie o szkoleniu BHP (jeśli posiada)

zostały złożone Udzielającemu Zamówienia przy zawarciu poprzedniej umowy i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie\*

lub stanowią załącznik do niniejszej oferty\*.

\*właściwe zaznaczyć

#### UWAGA!

Warunkiem podpisania umowy będzie przedstawienie aktualnej polisy **obowiązkowego** ubezpieczenia OC

.....  
( miejscowość i data )

.....  
( pieczętka, podpis )

*„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)”.*

.....  
( miejscowość i data )

.....  
( pieczętka, podpis )