

**Formularz ofertowy na świadczenie usług zdrowotnych lekarskich w dziedzinie
anestezjologii i intensywnej terapii**

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 na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (w tym pełnienie zadań koordynatora / z-cy koordynatora Oddziału*)

II. Pełnienie zadań Koordynatora / z-cy koordynatora Bloku Operacyjnego *

III. Na udzielanie świadczeń w ramach opieki lekarskiej – dyżurów na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii*

IV. Dane oferenta

Nazwa, siedziba oferenta	
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

V. Proponowany czas świadczenia usług i wynagrodzenie

1. Proponowany minimalny czas udzielania świadczeń kwartalnie w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, bloku operacyjnym, gabinetach zabiegowych **godzin;**
2. Wynagrodzenie z tytułu udzielania świadczeń**zł brutto za godzinę.**
3. Wynagrodzenie z tytułu pełnienia zadań Koordynatora/ Z-cy Koordynatora **zł brutto miesięcznie**
(dotyczy osób, które wskazały w części I pełnienie zadań koordynatora / Z-cy koordynatora Oddziału).

4. Wynagrodzenie z tytułu pełnienia zadań Koordynatora / z-cy koordynatora Bloku Operacyjnego
..... **zł brutto za dzień** (dotyczy osób, które wskazały w części II pełnienie zadań koordynatora / z-cy koordynatora bloku operacyjnego).

5. 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.

* właściwe zaznaczyć

VI. Okres obowiązywania umowy:* 01.01.2018 r. – 31.12.2018 r.

01.01.2018 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)

.....
(pieczęć, podpis)