Załącznik nr 1 do SWKO

 Szpital Powiatowy im. A. Sokołowskiego w Złotowie

 ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów

FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 01/2023

Udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej w Szpitalu Powiatowym w Złotowie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(komórka organizacyjna)

|  |
| --- |
| D A N E O F E R E NTA |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Pełna nazwa i adres działalności gospodarczej/ podmiotu leczniczego** |  |
| **NIP**  |  |
| **REGON** |  |
| **Telefon do kontaktu** |  |
| **Nazwa Banku i Numer Konta:** |

**Kwalifikacje ⃰**

[ ] lekarz specjalista lub z II °specjalizacji ………………………………………………………………………………… [ ] lekarz systemu

[ ] lekarz z I° specjalizacji ………………………………………………………………………………………………… [ ] lekarz bez specjalizacji

[ ] lekarz z otwartą specjalizacją …………………………………………………………………………………………... rok szkolenia ……………..…

[ ] pielęgniarka/położna bez specjalizacji [ ] pielęgniarka/położna specjalistka …………………………………………………………………….....

[ ] psycholog bez specjalizacji [ ] psycholog ze specjalizacją ………………………………………………………………………………

[ ] ratownik medyczny- kierowca [ ] ratownik medyczny

[ ] specjalista terapii uzależnień [ ] inne…………………………………………………………………………..………………

**Propozycja kwot/-y należności za świadczenie usług/ udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu:**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych **–lekarskich w poradni przyszpitalnej:** ………………………………………………………………….….

……………………..….………zł (słownie:…………………………….….....................................) brutto za 1 pkt zrealizowany i uznany przez NFZ

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych - **gotowości** …...…………………………………….…………………………………………..

 ……………………….……… zł (słownie ……………………………………..………………………….) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń

 *Deklarowana minimalna liczba gotowości w miesiącu: zwykłe ……………….…………………. świąteczne …………………….……………. (godz)*

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych **lekarskich (godziny ordynackie)** w oddziale**:** …………………………………………………………………

………..………zł (słownie:…………………..........................................................................................) brutto za 1 miesiąc udzielania świadczeń.

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych **lekarskich (pracownie)** …………………………………………………………………

………..………zł (słownie:…………………..........................................................................................) brutto za 1 badanie.

………..………zł (słownie:…………………..........................................................................................) brutto za 1 badanie.

………..………zł (słownie:…………………..........................................................................................) brutto za 1 badanie.

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych –**pełnienie dyżurów lekarskich** w**:** …………………………………………..…………………….

 …………………zł (słownie ………………….…………………) za dyżur zwykły ………..… zł (słownie ………………………….) za dyżur „świąteczny”

 *Deklarowana minimalna liczba dyżurów w miesiącu: zwykłe ……………………………. świąteczne ………………………….*

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziale /komórce……………………………….. ……...…………………………………………….

 ….…………………………. zł brutto za **opis**\* (słownie: ………………………………………………………………………………………...)

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz **kierowanie/koordynowanie pracy oddziału /zakładu**

 …………………..…………………. zł brutto za godzinę (słownie: …………………………………………………………………………………...)

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych - **kierowanie Pracownią**

 …………………..…………………. zł brutto miesięcznie (słownie: …………………………………………………………………………………...)

Załączniki\*:

 [ ] zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG)

 [ ] zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk zawodowych lub wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL)

 [ ] zaświadczenie o numerze NIP

 [ ] zaświadczenie o numerze REGON

 [ ] dyplom ukończenia studiów

 [ ] dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego

 [ ] prawo wykonywania zawodu

 [ ] dyplom specjalizacji i/lub karta szkolenia specjalizacyjnego

 [ ] inne, potwierdzające kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń, np. potwierdzające status lekarza systemu, certyfikaty kursów itp.

 [ ] polisa OC lub zobowiązanie do jej zawarcia

 [ ] zaświadczenie lekarskie lub zobowiązanie do dostarczenia

 [ ] orzeczenie lekarskie lub zobowiązanie do dostarczenia

 [ ] prawo jazdy kategorii C lub B

 [ ] orzeczenie psychologiczne pozwalające na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi

 [ ] zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym

 [ ] książeczka doskonalenia zawodowego ratownika medycznego

 [ ] oświadczenie, że w posiadaniu Udzielającego zamówienia znajduje się już komplet aktualnych dokumentów wymaganych do złożenia oferty

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy, które akceptuję i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby konkursu i realizacji umowy.

Złotów, ……………………………. ………………………………………………. data podpis Oferenta

\* proszę udzielić odpowiedzi wstawiając znak X