

FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 07/2023

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

- ☐ * **lekarskie** świadczenia zdrowotne
- ☐ Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- ☐ Poradnia Urazowo-Ortopedyczna
- Kod CPV – 85111000-0, 85121100-4, 85121300-6
- ☐ * **lekarskie** świadczenia zdrowotne:
- ☐ Oddział Dziecięcy z pododdziałem Noworodkowym
- Kod CPV – 85111000-0, 85121100-4, 85121291-9
- ☐ * **lekarskie** świadczenia zdrowotne:
- ☐ Oddział Psychiatryczny, Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych, Detoksykacyjny, Centrum Zdrowia Psychicznego, Poradnia Zdrowia Psychicznego
- Kod CPV – 85111000-0, 85111500-5, 85121270-6
- ☐ * **pielęgniarskie** świadczenia zdrowotne - oddziały szpitalne
- ☐ Szpitalny Oddział Ratunkowy,
- ☐ Blok Operacyjny
- ☐ Oddział Wewnętrzny
- Kod CPV – 85111000-0, 85121000-3, 85141200-1

DANE OFERENTA

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 specjalistka
- ☐ pielęgniarka/położna bez specjalizacji
- ☐ psycholog ze specjalizacją
- ☐ psycholog bez specjalizacji
- ☐ ratownik medyczny- kierowca
- ☐ ratownik medyczny
- ☐ specjalista terapii uzależnień
- ☐ inne.....

* właściwe oznaczyć znakiem X

Propozycja kwot/-y należności i dyspozycyjności w zakresie świadczeń usług/ udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych	Koszty świadczeń				Dyspozycyjność							
	Kwota za dyżur zwykły	Kwota za dyżur „święteczny”	Kwota za punkt (poradnie)	Kwota za pozostawanie w gotowości	Deklarowana minimalna liczba dyżurów zwykłych w miesiącu (w dni powszednie)				Deklarowana minimalna liczba dyżurów świątecznych w miesiącu (soboty, niedziele i święta)			
					60 do 96	97 do 144	145 do 192	193 lub więcej	60 do 96	97 do 144	145 do 192	193 lub więcej
pełnienie dyżurów lekarskich												
lekarskich (godziny ordynackie)												
pozostawanie w gotowości	X	X	X									
pielęgniarskich												

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

☐ **Oświadczam, 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

* właściwe oznaczyć znakiem X