

FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 22/2023**Udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej
w Szpitalu Powiatowym w Złotowie**

Udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych i kierowania Oddziałem Dziennym Psychiatrycznym, Oddziałem Psychiatrycznym, Oddziałem Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (Detox), Oddziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu w Piecewie, Centrum Zdrowia Psychicznego, Poradni Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym, Poradnią Leczenia Uzależnień, Zespołem Leczenia Środowiskowego

Kod CPV –85111500-5; Kod CPV –85121270-6

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 z I° specjalizacji
- lekarz bez specjalizacji
- lekarz z otwartą specjalizacją rok szkolenia
- inne.....

* właściwe oznaczyć znakiem X

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

Rodzaj świadczeń zdrowotnych	Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych	Propozycja kwoty za świadczenie zdrowotne
nadzór całodobowy nad pacjentami oddziału od poniedziałku do piątku w godzinach ordynackich od 7:30 do 15:05 i kierowanie/koordynacja oddziałemgodz./m-człotych/godz.
pełnienia dyżurów lekarskich w dni powszednie i świątecznegodz./m-człotych/godz.
Świadczenia zdrowotne w Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP)godz./m-człotych/punkt
Świadczenia zdrowotne w Zespole Leczenia Środowiskowego (ZLS)godz./m-człotych/punkt

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 o zdolności do pracy lub zobowiązanie jego dostarczenia
- orzeczenie lekarskie o zdolności do pracy lub zobowiązanie jego dostarczenia

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

*** właściwe oznaczyć znakiem X**

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