

FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 150/2024**Udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej
w Szpitalu Powiatowym w Złotowie****w zakresie: lekarskie świadczenia zdrowotne
w Oddziale Wewnętrznym i Przyszpitalnej Poradni chorób wewnętrznych
Kod CPV – 85121200-5****DANE OFERENTA**

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DANE OFERENTA | |
| Imię i nazwisko | |
| Pełna nazwa i adres działalności gospodarczej/ podmiotu leczniczego/ adres zamieszkania | |
| NIP | |
| REGON | |
| Telefon do kontaktu | |
| Nazwa Banku i Numer Konta: | |

Kwalifikacje*

- lekarz specjalista lub z II °specjalizacji
- lekarz z I° specjalizacji
- lekarz w trakcie specjalizacji z

*** właściwe oznaczyć znakiem X****Propozycja okresu na jaki ma zostać zawarta umowa: od do.....**

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 od min. do max. | Propozycja kwoty za świadczenie zdrowotne |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| udzielanie świadczeń lekarskich w godzinach ordynackich tj. 7.30-15.05 | - godz./m-c |zł./godz. |
| pełnienie dyżurów lekarskich w dni powszednie i świąteczne | dyżur od pon. od pt. od 15.05 do 7.30 - godz./m-c dyżur w soboty, niedziele i święta od 7.30 do 7.30 - godz./m-c |zł./godz. |

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
- informacja z Krajowego Rejestru Karnego (zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępstwami na tle seksualnym i ochronie małoletnich) lub zobowiązanie do dostarczenia
- zaświadczenie z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym lub zobowiązanie do dostarczenia
- Oświadczam, że w posiadaniu Udzielającego zamówienia znajduje się już komplet aktualnych dokumentów wymaganych do złożenia oferty**

oświadczam, że nie mam prawomocnie orzeczonego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia PWZ, ograniczenia PWZ lub braku zakazu zajmowania stanowiska

oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych

oświadczam, że nie byłem/am prawomocnie skazany/a za przestępstwo przeciwko mieniu, przeciwko obrotowi gospodarczemu, przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego, przeciwko wiarygodności dokumentów lub za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego

oświadczam, że nie byłem/am karany za przestępstwa popełnione umyślnie

*** właściwe oznaczyć znakiem X**

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy, które akceptuję. 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