

....., dnia.....2018 r.

O F E R T A

na wykonywanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy w ramach dyżurów pod telefonem w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym

NAZWA OFERENTA:

ADRES:

NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ RPWDL

NUMER WPISU DO KRS jeśli dotyczy

NIP..... REGON.....

Dane kontaktowe: nr tel., nr fax e-mail.....

Niniejszym składam ofertę na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy w ramach pełnia dyżurów pod telefonem w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym i oferuję:

LEKARZ SPECJALISTA: ☐

1. dyżur w dni powszednie (16 h) – zł brutto

2. dyżur w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta (24 h) – zł brutto

średniomiesięczna ilość dyżurów zwykłych i świątecznych

LEKARZ W TRAKCIE SPECJALIZACJI ☐

1. dyżur w dni powszednie (16 h) – zł brutto

2. dyżur w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta (24 h) – zł brutto

średniomiesięczna ilość dyżurów zwykłych i świątecznych

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 1 czerwca 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku na warunkach przedstawionych w projekcie umowy oraz w szczegółowych warunkach konkursu. Ponadto oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu oraz projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń co do ich postanowień. Jednocześnie wyrażam zgodę na przyjęcie przez Udzielającego zamówienia niniejszej oferty ze zmniejszoną ilością godzin udzielania świadczeń/ dyżurów uzależnioną od rzeczywistych potrzeb Udzielającego zamówienia. Takie przyjęcie oferty nie będzie miało wpływu na określoną cenę za 1 godzinę udzielania świadczeń.

Oświadczam, iż w przypadku przyjęcia mojej oferty zobowiązuję się do podpisania oświadczenia o zapoznaniu się i przestrzeganiu Kodeksu etyki oraz oświadczenia o poufności zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, polityką bezpieczeństwa, instrukcją zarządzania systemami informatycznymi obowiązującymi w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy.

.....
(podpis składającego ofertę)

Wykaz załączników do oferty:

1. wypełniony formularz ofertowy stanowiący Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 92 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy z dnia 13 kwietnia 2018 roku.
2. wypis z CEIDG/KRS,
3. aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 lub 101 ustawy o działalności leczniczej lub zaświadczenie o dokonaniu wpisu do odpowiedniego rejestru.
4. dokumenty poświadczające wymagane kwalifikacje oferenta: prawo wykonywania zawodu, posiadane tytuły i/lub specjalizacje i /lub lekarz w trakcie specjalizacji po I roku. W przypadku lekarza będącego w trakcie specjalizacji wymagana jest karta specjalizacyjna oraz pisemne potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiające samodzielną pracę.
5. dokumenty poświadczające dodatkowe kwalifikacje oferenta: zaświadczenia potwierdzające odbyte kursy, szkolenia (BHP), itp.,
6. umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub pisemne zobowiązanie oferenta do jej zawarcia, przy czym obowiązek jej zawarcia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej,
7. aktualną książeczkę zdrowia dla celów sanitarno-epidemiologicznych osób udzielających świadczeń lub zaświadczenie o stanie zdrowia wydane dla celów sanitarno-epidemiologicznych.
8. aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych na określonym stanowisku/ w określonym zakresie wydane przez lekarza medycyny pracy,
9. oświadczenie oferenta o doświadczeniu zawodowym – załącznik nr 1 do formularza ofertowego
10. oświadczenie oferenta o należyтым wykonywaniu świadczeń zdrowotnych – załącznik nr 2 do formularza ofertowego
11. oświadczenie oferenta o złożeniu kserokopii dokumentów zgodnych z oryginałami – załącznik nr 3 do formularza ofertowego.

.
*Jeśli ofertę składa podmiot wykonujący działalność leczniczą winien wykazać spełnienie tych wymogów przez osoby, którymi się posługuje poprzez złożenie dokumentów określonych w pkt. 4,5,7,8
.

OŚWIADCZENIE
o doświadczeniu zawodowym oferenta lub osób, którymi się posługuje

1. Posiadam doświadczenie zawodowe :*

L.p.	Okres zatrudnienia /DD.MM.RR/	Miejsce zatrudnienia	Stanowisko

2. Dysponuję personelem medycznym posiadającym następujące doświadczenie zawodowe*

L.p.	Imię i Nazwisko	Okres zatrudnienia /DD.MM.RR/	Miejsce zatrudnienia	Stanowisko	Średnia miesięczna liczba godzin

.....
podpis oferent

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zobowiązuję się świadczyć usługi na wysokim poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej, sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.

.....
podpis oferenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż złożone przeze mnie kserokopie dokumentów są zgodne z treścią oryginałów.

.....
podpis oferenta