Załącznik nr 1 do SzWKO

Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu

Zadanie nr 1 - lekarz specjalista w dziedzinie neurologii – dyżur zwykły *
Zadanie nr 2 - lekarz specjalista w dziedzinie neurologii - dyżur świąteczny *

***** zaznaczyć właściwe

NAZWA OFERENTA

.....

.....

ADRES

ulica ..... nr .....

kod pocztowy: ..... Miejscowość: .....

Oznaczenie organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą .....

Nr wpisu do rejestru: .....

NIP .....

REGON .....

Telefon .....

Wykaz personelu zgodnie z załącznikiem nr 1 do Formularza Ofertowego

1. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych ogłoszonego przez Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu oferuję przyjęcie do wykonania zamówienia w zakresie objętym SzWKO.
2. Oferuję świadczenie usług będących przedmiotem zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w SzWKO za stawkę godzinową brutto wyrażoną w PLN:

1) za jedną godzinę dyżuru zwykłego

- specjalista neurologii ..... PLN

2) za jedną godzinę dyżuru świątecznego

- specjalista neurologii ..... PLN

Składam ofertę na średniomiesięczną ilość ..... dyżurów zwykłych m-cu**

Składam ofertę na średniomiesięczną ilość ..... dyżurów świątecznych m-cu **

*** niepotrzebne skreślić*

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że zapoznałem/am sie z treścią ogłoszenia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne dla Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu, która akceptuję.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am sie z treścią SzWKO.
3. Oświadczam, że uważam sie związany/a niniejszą ofertą na czas wskazany w SzWKO.
4. Oświadczam, że zawarty w SzWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na opisanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie.
5. Oświadczam, że nie byłem/am karany/a i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne.

Do oferty dołączam wymagane dokumenty, tj.:

a) wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą tj. kopię wpisu do Księgi Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę lub Okręgową Izbę Lekarską oraz wydruk lub kopię z centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej potwierdzający aktywny status wpisu prowadzonej działalności gospodarczej lub aktualny odpis KRS.

b) kopię dyplomu lekarza,

c) kopię dokumentów wskazujących na rodzaj i stopień uzyskanej specjalizacji, zaświadczenie lub karta szkolenia specjalizacyjnego,

d) kopia prawa wykonywania zawodu lekarza,

e) polisę OC potwierdzającą zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,

f) wykaz personelu udzielającego świadczeń - zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego.

Oświadczam i zobowiązuję się, że w przypadku gdy polisa OC nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

…… .....

(Miejscowość, data) (Czytelny podpis Oferenta)

Załącznik nr 2 do SzWKO

OŚWIADCZENIE

1. *Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.*
2. *Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.*
3. *Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania.*
4. *Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. E. Cyrana w Lublińcu dla potrzeb przedmiotowego postępowania konkursowego oraz realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych w WSN.*
5. *Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią klauzuli informacyjnej dla osób uczestniczących w postępowaniu konkursowym.*

……

(podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 3 do SzWKO

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- nie toczy się przeciwko mnie postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej,
- nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,
- nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu, albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

……
(podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 4 do SzWKO

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia lekarskich dyżurów medycznych na rzecz pacjentów WSN przedkładam dokumenty w formie kserokopii, a to:

- aktualna na czas trwania umowy, umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
- dokument potwierdzający wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
- dyplom ukończenia studiów,
- prawo wykonywania zawodu lekarza,
- dyplom uzyskania tytułu specjalisty lub karta szkolenia specjalizacyjnego.

Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

……
(podpis i pieczęć Oferenta)