Załącznik nr 1 do SzWKO

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA RZECZ PACJENTÓW WSN W LUBLIŃCU

1. Oferent: .....

2. Adres Oferenta: .....

3. Nr telefonu: .....

4. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej: .....

5. REGON: .....

6. NIP: .....

7. Nazwa banku oraz nr rachunku: .....

8. Nr umowy ubezpieczeniowej: .....

9. Okres obowiązywania umowy ubezpieczeniowej: .....

10. Posiadane kwalifikacje (specjalizacja):……..

Wymagane kwalifikacje	**Cena – brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych obejmująca całkowite koszty w szczególności należności publicznoprawne**	**Ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu (do wykazania w NFZ)**	**Ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w tygodniu (do wykazania w NFZ)**	**Cena brutto x ilość godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych w miesiącu (kol. nr 2x kol. nr 3)**	**Łączna wartość w okresie realizacji umowy 18 miesięcy (kol. nr.5 x18 m-cy)**
1	2	3	4	5	6
Specjalista psychiatra					
W trakcie specjalizacji z psychiatrii lub z I stopień specjalizacji z psychiatrii					

……

(podpis i pieczęć 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 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 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)

Załącznik nr 5 do SzWKO

……

(Nazwisko oraz imię składającego oświadczenie)

PESEL : Lubliniec dnia .....

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że wyrażam gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy w **Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana, ul. Grunwaldzka 48, 42-700 Lubliniec**, w oddziałach psychiatrycznych, w zakresie miesięcznego wymiaru przedstawionego w ofercie oraz wykazanego do NFZ, wynoszącym:…… godzin.

.....

Podpis osoby składającej oświadczenie