

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 w PZP DIM obejmująca całkowite koszty w szczególności należności publiczno-prawne	Ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w PZP DIM w miesiącu (do wykazania w NFZ)	Ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w PZP DIM w tygodniu (do wykazania w NFZ)	Cena brutto x ilość godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych w PZP DIM w miesiącu (2x3)	Łączna wartość w okresie realizacji umowy 5 miesięcy (kol. nr 5 x 12 m-cy)
1	2	3	4	5	6
Specjalista psychiatra dzieci i młodzieży					
W trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży					
Specjalista psychiatra					

specjalizacja pierwszego stopnia z psychiatrii dzieci i młodzieży					
---	--	--	--	--	--

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

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. Emila 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)

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 dentystry lub przepisów o izbach lekarskich,*
- *nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,*
- *nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu, albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.*

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

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,

- dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj.: Księga Rejestrowa*

- 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 **Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży**, w zakresie miesięcznego wymiaru przedstawionego w ofercie oraz wykazanego do NFZ, wynoszącym: godzin miesięcznie.

.....

Podpis osoby składającej oświadczenie