



Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Szamotułach
ul. Sukiennicza 13, 64-500 Szamotuły

Załącznik nr 8 do Regulaminu konkursu na świadczenia zdrowotne

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane Oferenta

Imię i nazwisko	
Nazwa podmiotu / praktyki zawodowej	
Adres	
REGON	
NIP	
Telefon	
E-mail	

II. Kwalifikacje zawodowe

Posiadane kwalifikacje zawodowe, specjalizacja oraz inne uprawnienia istotne dla realizacji przedmiotu zamówienia:

.....

.....

.....

Staż pracy w zawodzie :

III. Warunki oferty

Zakres świadczeń: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgicznym oraz SP ZOZ w Szamotułach.

Forma rozliczeń w ramach Oddziału Chirurgicznego

..... % wartości zrealizowanych świadczeń zdrowotnych, ustalonej jako iloczyn liczby punktów rozliczeniowych przypisanych do wykonanych świadczeń oraz aktualnej ceny jednostki rozliczeniowej wynikającej z umowy zawartej przez Udzielającego zamówienia z WOW NFZ

..... zł/godz. – za dyżury w dni zwykłe w Oddziale Chirurgicznym

..... zł/godz. – za pozostawanie w gotowości w Oddziale Chirurgicznym

..... zł – za każdą asystę przy zabiegu ginekologiczno-położniczym, wykonywaną w przypadku konieczności wynikającej ze stanu zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, poza godzinami udzielania świadczeń objętych podstawowym zakresem umowy.

Liczba godzin w tygodniu	
Miejsce udzielania świadczeń	Oddział Chirurgiczny SP ZOZ w Szamotułach



Szczegółowe dni i godziny udzielania świadczeń zostaną ustalone pomiędzy Stronami przed rozpoczęciem realizacji umowy, z uwzględnieniem potrzeb organizacyjnych Udzielającego zamówienia oraz deklarowanej dostępności Oferenta.

IV. Dokumenty składane wraz z ofertą

1. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej albo inny właściwy dokument potwierdzający prowadzenie działalności - jeżeli dotyczy.
2. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i uprawnienia niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia, w szczególności prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów, dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji - jeżeli jest wymagana - oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje wskazane w ofercie.
3. Dokument potwierdzający posiadanie aktualnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej albo oświadczenie Oferenta o zobowiązaniu się do zawarcia wymaganego ubezpieczenia najpóźniej przed rozpoczęciem udzielania świadczeń.
4. Aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń objętych umową. Dokument może zostać dostarczony najpóźniej przed rozpoczęciem udzielania świadczeń.
5. Inne dokumenty wymagane zgodnie z Regulaminem konkursu.

V. Oświadczenia Oferenta

Oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z warunkami konkursu oraz Regulaminem konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń;
2. posiadam kwalifikacje oraz uprawnienia niezbędne do prawidłowej realizacji świadczeń objętych ofertą;
3. wszystkie dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne ze stanem faktycznym;
4. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w dokumentacji konkursowej;
5. zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Udzielającego zamówienia o zmianie danych lub okoliczności mających wpływ na realizację umowy.

W przypadku Oferenta, który wcześniej udzielał świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia:

Oświadczam, że dokumenty potwierdzające moje kwalifikacje zawodowe oraz dane identyfikacyjne uprzednio złożone Udzielającemu zamówienia są nadal aktualne, a dane w nich zawarte nie uległy zmianie".

Miejscowość i data:

.....

Podpis Oferenta:

VI. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania konkursowego oraz zawarcia i realizacji umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych.

Podpis Oferenta: