

OFERTA DOTYCZĄCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. DANE OFERENTA

Imię i Nazwisko:

.....

Prowadząca/y działalność gospodarczą pod firmą:

.....

z siedzibą pod adresem:

.....

TELEFON: e-MAIL:

NIP: REGON:

Nazwa organu do Rejestru Podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz NR KSIĘGI REJESTROWEJ:

.....

NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU:

KWALIFIKACJE/SPECJALIZACJA (NAZWA I STOPIEŃ):

.....

Świadczenia zdrowotne będą udzielane przez osobę/osoby/osób posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego, wymienionych w pkt. 4 do oferty wraz z podaniem ich kwalifikacji zawodowych oraz kserokopii dokumentów potwierdzających kwalifikacje

2. ZAKRES ŚWIADCZEŃ WRAZ Z OFERTĄ CENOWĄ

ZGŁASZAM OFERTĘ NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE:

Zaznacz wybór X	Zakres	Deklaracja minimalnego wymiaru świadczenia usług	Oferta cenowa
1	2	3	4
	pełnienie dyżurów medycznych przez lekarza w Oddziale Pediatrycznym	... dyżury miesięcznie	... zł/h
	pełnienie dyżurów medycznych przez lekarza w Oddziale Urologicznym	... dyżury miesięcznie	... zł/h
	wykonywanie przez lekarza procedur zabiegowych w dziedzinie urologii	... dni miesięcznie	... % wartości katalogowej – rola operatora ... % wartości katalogowej – rola asysty

	pełnienie dyżurów medycznych przez lekarza w Oddziale Kardiologicznym	... dni miesięcznie	... zł/h
	udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w poradni kardiologicznej	... godzin tygodniowo	... % wartości pkt
	udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w poradni chirurgicznej	... godzin tygodniowo	... % wartości pkt
	udzielanie przez lekarza konsultacji w dziedzinie chirurgii naczyniowej na rzecz pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Neurologicznym i Udarowym	... dni miesięcznie	... zł / konsultację
	pełnienie dyżurów medycznych w Izbie Przyjęć	... dyżury miesięcznie	... zł/h

3. CZAS TRWANIA UMOWY

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W OKRESIE

OD DO

4. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Informacje uzupełniające, tj. proponowany harmonogram, lista osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej oferty wraz z informacją o ich kwalifikacjach, itp.:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PRZEWORSK DN.

.....
podpis oferenta

Dane osób udzielających świadczenia zdrowotne wskazanych w ofercie niezbędne do realizacji obowiązku wynikającym z art. 21 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, tj. uzyskania przez Udzielającego Zamówienie informacji czy dane osoby dopuszczanej do udzielania świadczenia zdrowotnego pacjentom poniżej 18 r.ż. są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienia o wpisie w Rejestrze:

Nazwisko:

Imię:

Nazwisko rodowe:

PESEL:

Imię ojca:

Imię matki:

Data urodzenia:

Oświadczam, że zamieszkiwałam / nie zamieszkiwałam* w ciągu ostatnich 20 lat w państwie/państwach innych niż Rzeczpospolita Polska.

.....
Podpis osoby wskazanej w ofercie
do udzielania świadczeń zdrowotnych

* *niepotrzebne skreślić* / w przypadku oświadczenia o zamieszkiwaniu w innym państwie należy dołączyć do oferty informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.

OŚWIADCZENIA

Oświadczam ze zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert, w tym wzorem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

.....
podpis oferenta

Oświadczam ze zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych oferentów SP ZOZ w Przeworsku oraz z treścią Klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych osób objętych systemem monitoringu wizyjnego SP ZOZ w Przeworsku.

.....
podpis oferenta

Oświadczam, że zobowiązuję się do utrzymania przez cały czas obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia.

.....
podpis oferenta

ZALĄCZNIKI DO OFERTY*:

1. Wydruk księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą
2. Wydruk z KRS lub CEIDG

Kserokopie

1. prawa wykonywania zawodu
2. dyplomów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe
3. dyplomów specjalizacji
4. dokumentu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej
5. dokumenty potwierdzających dodatkowe uprawnienia.....
6. zgoda Kierownika specjalizacji na samodzielne udzielanie świadczeń zdrowotnych (dot. lekarza w trakcie specjalizacji) oraz dodatkowo opinia Kierownika specjalizacji o odpowiedniej wiedzy i umiejętnościach wykonywania znieczulenia (dot. lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii).
7. Zaświadczenie lekarskie z medycyny pracy potwierdzające zdolność do udzielania świadczeń zdrowotnych
8. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego oraz w ustawie z 29-07-2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.