

Pieczętka firmowa z pełną nazwą oferenta

## Formularz oferty

**Konkurs na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w zakresie badań endoskopowych przewodu pokarmowego w Pracowni Endoskopowej SP ZOZ w Parczewie.**

### I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty składane w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętką Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Zaleca się aby wszystkie strony Formularza oferty były parafowane przez Oferenta.

### II. Dane Oferenta:

<b>Imię i nazwisko lekarza</b>						<b>PESEL</b>					
<b>Rodzaj praktyki lekarskiej</b>						<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>					
<b>Organ prowadzący rejestr (nazwa okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)</b>						<b>Nr księgi rejestrowej</b>					
<b>Adres zamieszkania</b>											
<b>Kraj</b>			<b>Miejscowość</b>								
<b>Kod pocztowy</b>			<b>Poczta</b>								
<b>Ulica</b>				<b>Nr domu</b>				<b>Nr lokalu</b>			
<b>E-mail</b>				<b>telefon</b>				<b>fax</b>			
<b>Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):</b>											
<b>Kraj</b>						<b>Miejscowość</b>					
<b>Kod pocztowy</b>			<b>Poczta</b>								
<b>Ulica</b>				<b>Nr domu</b>				<b>Nr lokalu</b>			

<b>Działalność gospodarcza</b>	
<b>Firma</b>	<b>Siedziba</b>
<b>Numer identyfikacji podatkowej (NIP)</b>	<b>REGON</b>

### III. Kwalifikacje zawodowe i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu

.....  
.....

(numer dyplomu lekarza i posiadane specjalizacje)

#### Uwaga!

Składając ofertę należy dołączyć „Wykaz lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń zdrowotnych” sporządzony zgodnie z Załącznikiem Nr 1 do umowy oraz dołączyć wymagane dokumenty lub złożyć oświadczenie o posiadaniu przez wskazane osoby wymaganych kwalifikacji, uprawnień i doświadczenia (**nie dotyczy Oferenta, który będzie świadczył usługi medyczne osobiście**)

#### IV. Proponowana kwota wynagrodzenia:

Za realizację zamówienia, tj.: za realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie zabezpieczenia lekarskich świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie, to jest w ramach systemu czasu pracy funkcjonującego w dziale Diagnostyki - Pracowni Endoskopowej proponuję stawkę za 1 badanie w wysokości :

##### W zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroskopia:

- 1) ..... brutto za każdą wykonaną i uznaną przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ lub innego kontrahenta gastroskopię diagnostyczną (w przypadku wskazań obejmuj test urazowy)
- 2) ..... brutto za każdą wykonaną i uznaną przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ lub innego kontrahenta gastroskopię diagnostyczną z biopsją (uwzględnia 1 badanie hist.-pat.)
- 3) ..... brutto za każdą wykonaną i uznaną przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ lub innego kontrahenta gastroskopię diagnostyczną z biopsją (uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat.);

##### W zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia:

- 1) ..... brutto za każdą wykonaną i uznaną przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ lub innego kontrahenta kolonoskopię diagnostyczną
- 2) ..... brutto za każdą wykonaną i uznaną przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ lub innego kontrahenta kolonoskopię diagnostyczną z biopsją (z badaniem hist.-pat.)
- 3) ..... brutto za każdą wykonaną i uznaną przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ lub innego kontrahenta kolonoskopię z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.) oraz endoskopową ablacją guza jelita grubego lub częściowe wycięcie jelita grubego.

#### V. Oświadczenie:

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, i Materiałami Informacyjnymi do Konkursu Ofert tak/nie\*
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Konkursu Ofert i projektem umowy i nie wnoszę do niej zastrzeżeń. Zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez Udzielającego zamówienia tak/nie\*

3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych uczestników Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiącą Załącznik Nr 4.
4. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych.
5. Oświadczam, że uzyskałem/łam wpis do Centralnej Ewidencji o Działalności Gospodarczej.
6. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
8. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres **od 01.04.2023 r. do 31.12.2026 r.**
9. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
12. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób ciągły, zabezpieczający niezakłóconą pracę zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia w dniach i godzinach ustalonych w harmonogramie udzielania świadczeń.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis Oferenta)

## VI. Do oferty załączam:

1. Aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
2. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*/ Wypis z księgi rejestrowej,
3. Kserokopię prawa wykonywania zawodu, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych;
4. Kserokopię dyplomu lekarza;
5. Kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje, kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne, posiadany stopień/tytuł naukowy i inne świadectwa umiejętności ( wskazać jakie):
  - 1) .....
  - 2) .....
6. Kserokopia certyfikat do samodzielnego wykonywania procedur endoskopowych w zakresie endoskopii diagnostycznej i endoskopii operacyjnej przewodu pokarmowego Kserokopię umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
7. Podpisaną i uzupełnioną Klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych kandydatów na stanowisko objęte postępowaniem konkursowym stanowiącą Załącznik Nr 4
8. Potwierdzające podnoszenie kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta – uzyskanie co najmniej 20 pkt szkoleniowych w ciągu kolejnych 5 lat.

\* jeżeli dane ujęte w księdze ulegną zmianie w trakcie obowiązywania umowy Oferent zobowiązany jest do niezwłocznego dostarczenia jej wydruku po aktualizacji danych przez Okręgową Izbę Lekarską,

**WAŻNE!!!**

*W przypadku przedłożenia kopii dokumentów Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo zażądania do wglądu oryginału tych dokumentów.*

*W przypadku uczestnictwa przez Oferenta w więcej niż w jednym zadaniu, Oferent składa w załączniku do formularza ofertowego kserokopie dokumentów tylko jeden raz.*

.....  
(miejsowość i data)

.....  
( pieczęćka i podpis Oferenta )