

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Dane podmiotu/praktyki lekarskiej

Firma.....

Siedziba firmy: kod..... miejscowość.....

ulica..... nr

e-mail tel.

REGON NIP

PESEL

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów działalności leczniczej/indywidualnej praktyki lekarskiej
.....

Specjalizacja (nazwa , stopień i data uzyskania)

Staż pracy jako lekarz.....lata, staż pracy jako lekarz specjalista anestezjolog lata

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na udzielanie szpitalnych świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w SWKO, w ramach umowy kontraktowej.

3. Oferta

- dostępności - deklaruję liczbę godzin wykonywania świadczeń w wysokościgodzin miesięcznie,
- cenowa - za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości zł brutto za godzinę pracy,
- ciągłości – dołączam/nie dołączam* pisemne oświadczenie o pozostawianiu w gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych minimum przez 80 godzin w miesiącu przez okres 12 miesięcy,
- kompleksowość – dołączam/nie dołączam* pisemne zobowiązanie się do udzielania świadczeń w pełnym zakresie wynikającym z konkursu ofert,
- doświadczenie - dołączam/nie dołączam* pisemne oświadczenie o posiadanym doświadczeniu w torakoanestezji (m. in.: liczba lat pracy),
- doświadczenie w pracy w IGiChP - dołączam/nie dołączam* pisemne oświadczenie o posiadanym doświadczeniu w pracy w IGiChP (m. in.: liczba miesięcy pracy w IGiChP).

4. Oświadczenie

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
- Oświadczam, że *(oferent wpisuje jestem albo nie jestem, w przypadku podmiotu leczniczego: wykonujący świadczenia są albo nie są)*;
 - zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza lub przepisów o izbach lekarskich,
 -ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
 -pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z informacją zawartą w Dziale V. SWKO

zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) o administratorze danych, inspektorze ochrony danych, przetwarzaniu danych, dostępie do danych i innych obowiązkach administratora oraz o moich uprawnieniach. Zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z rozpatrzeniem oferty i realizacją umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Oferentowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest niezbędne do realizacji ww. celu.

5. (oświadczenie wypełniane w przypadku zgłaszania innych Wykonawców świadczeń zdrowotnych)

Oświadczam, iż wszyscy wykonawcy świadczeń są zapoznani z informacją zawartą w Dziale V. SWKO zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) o administratorze danych, inspektorze ochrony danych, przetwarzaniu danych, dostępie do danych i innych obowiązkach administratora. oraz o moich uprawnieniach. Zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z rozpatrzeniem oferty i realizacją umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Oferentowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest niezbędne do realizacji ww. celu.

6. (oświadczenie wypełniane w przypadku zgłaszania innych Wykonawców świadczeń zdrowotnych)

Oświadczam, iż zgłaszam gotowość do dokonywania zmian w zatrudnieniu osób świadczących usługi, w stosunku do imiennego wykazu lekarzy stanowiącego załącznik do niniejszej oferty, w zależności od potrzeb zgłaszanych przez Udzielającego Zamówienia, każdorazowo w uzgodnieniu z Udzielającym Zamówienia.

* niepotrzebne skreślić

Warszawa dnia

.....

podpis oferenta

*ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (oznaczone** są obowiązkowymi załącznikami do ofert dla podmiotu leczniczego, * obowiązkowe dla indywidualnej praktyki lekarskiej)*

1. wypis z rejestru podmiotów leczniczych prowadzony przez Wojewodę**
2. wypis z KRS**
3. wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich prowadzony przez ORL*
4. aktualny wydruk z CEIDG *
5. dyplom lekarza*
6. prawo wykonywania zawodu*
7. dyplom/-y specjalizacji,
8. zaświadczenie o niekaralności z KRK,
9. oświadczenie o zamieszkiwaniu i pracy poza granicami kraju*,
10. opis przebiegu pracy zawodowej*
11. oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem składek ZUS**/*
12. oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem podatku**/*
13. polisa ubezpieczeniowa oc**/*
14. orzeczenie lekarza medycyny pracy o dopuszczeniu do pracy w zawodzie*
15. lista osób świadczących usługi ze wskazaniem doświadczenia (łącznie z dokumentami poświadczającymi kwalifikacje: prawo wykonywania zawodu, dyplom AM, dyplomy specjalizacji, oświadczeniami o niekaralności oraz zaświadczeniami o dopuszczeniu do pracy w zawodzie i bhp)**