

Międzyrzecz, dnia.....

.....
(Pieczęć oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

I. INFORMACJE O OFERENCIE (WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY OFERTE):

1. Nazwa i adres praktyki

.....
.....

Reprezentowana przez:.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....

NIP..... REGON.....

Telefon..... adres e-mail.....

Numer prawa wykonywania zawodu.....

Stopień i dziedzina specjalizacji

.....

Dodatkowe kwalifikacje niezbędne przy udzielaniu świadczeń w wybranym poniżej zakresie.....

.....

.....

II. PRZEDMIOT OFERTY (ZAZNACZYĆ „X”)

Udzielanie świadczeń zdrowotnych każdorazowo wg odrębnego miesięcznego harmonogramu*:

- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni_w godz. 18:00 - 8:00 wg stawki godzinowej w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej,
- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień świąteczny i dzień wolny od pracy w godz. 08:00 do 08:00 dnia następnego wg stawki godzinowej w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej,
- Czynności związane ze stwierdzeniem zgonu i jego przyczyny oraz wystawieniem akt zgonu, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 roku w sprawie stwierdzania zgonu i jego przyczyny (Dz. U. z 1961 r. Nr 39, poz. 202) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu (Dz. U. z 2015 poz. 231 z późn. zm.)
- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni w godz. 07.30-15:30 w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wg stawki godzinowej;
- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni w godz. od 15.30-07:30 dnia następnego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wg stawki godzinowej;
- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień świąteczny i dzień wolny od pracy w godz. 07.30 do 07.30 dnia następnego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wg stawki godzinowej;

III. OFEROWANE STAWKI ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE OBJĘTE POSTĘPOWANIEM KONKURSOWYM.

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni w godzinach 18:00 - 8:00 zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień świąteczny i dzień wolny od pracy w godz. 08:00 do 08:00 dnia następnego zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej
3. zł brutto za wykonanie czynności jednorazowego stwierdzenia zgonu i wystawienia karty zgonu z określeniem przyczyny zgonu.
4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni w godz. 07.30-15:30 zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień powszedni w godz. od 15.30-07:30 dnia następnego zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wg stawki godzinowej;
6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dzień świąteczny i dzień wolny od pracy w godz. 07.30 do 07.30 dnia następnego zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wg stawki godzinowej;
7. Deklarowana liczba godzin świadczenia usług w miesiącu:
 - a) Oddział.....

OŚWIADCZENIE OFERENTA:

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert (SWKO) oraz warunkami przyszłej umowy i warunki te przyjmuję bez zastrzeżeń.
2. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
3. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni o dacie terminu składania ofert oraz zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie określonym przez Udzielającego Zamówienie.
4. Ofertę niniejszą składam na kolejno ponumerowanych stronach.
5. Załącznikami do niniejszego formularza oferty, stanowiącymi integralną część oferty są:
 - a) wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
 - b) wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą;
 - c) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
 - d) dyplom ukończenia studiów;
 - e) prawo wykonywania zawodu;
 - f) dyplom/dyplomy specjalizacji lub kartę szkolenia specjalizacyjnego;
 - g) w przypadku posiadania dyplom tytułu naukowego;
 - h) zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy w tym badania epidemiologiczne;

i) zaświadczenie o odbytym szkoleniu z zakresu BHP.

* niepotrzebne skreślić

.....
(Podpis i pieczętka oferenta)

Niniejszym oświadczam, iż dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne uprzednio złożone a znajdujące się w posiadaniu Udzielającego zamówienie, wykazane w Dziale Kadr i Płac Szpitala Międzyrzeckiego Sp. z o.o. w Międzyrzeczu – są nadal aktualne. W przypadku zmian zobowiązuje się dostarczyć aktualne dokumenty.

.....
(Podpis i pieczętka oferenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów ogłoszonego konkursu (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 1000) oraz zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej ogólne rozporządzenie o ochronie danych lub „RODO”).

.....
(Podpis i pieczętka oferenta)