

Międzyrzecz, dnia.....

.....
(Pieczęć oferenta)**FORMULARZ OFERTOWY****I. INFORMACJE O OFERENCIE (WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY OFERTĘ):**

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*:**

L.P.	NAZWA ŚWIADCZENIA	WYBÓR	
		TAK	NIE
<u>1.</u>	Za godzinę dyżuru pełnionego w dzień powszedni, dni świąteczne i wolne od pracy, oraz „dyżuru krótkiego” i jako drugi dyżurny,		
<u>2.</u>	Za godzinę dyżuru pełnionego jako dyżur pojedynczy (w przypadku braku możliwości zabezpieczenia drugiego dyżurnego) – za zgodą przyjęcia takiej formy pracy – przyjęcie dyżuru jest uznawane za wyrażenie zgody,		
<u>3.</u>	Za każdą godzinę pracy na bloku operacyjnym po godz. 14:30 przy wykonywaniu zabiegów planowych		
	Za każdą godzinę w sytuacjach nadzwyczajnych wynikających z braku wystarczającej ilości personelu lekarskiego do wykonywania zamierzonych zadań, a co za tym idzie zwiększonego obciążenia pracą i koniecznością wykonywania dodatkowych zadań przez personel lekarski pracujący w zmniejszonym składzie		
<u>4.</u>	Kierowanie oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii		

III. OFEROWANE STAWKI ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE OBJĘTE POSTĘPOWANIEM KONKURSOWYM

L.P.	NAZWA ŚWIADCZENIA	WYNAGRODZENIE	
		% za wykonane pkt lub procedury (podać, ile) lub kwota	INNY (podać jaki)
1.	Za godzinę dyżuru pełnionego w dzień powszedni, dni świąteczne i wolne od pracy, oraz „dyżuru krótkiego” i jako drugi dyżurny,		
2.	Za godzinę dyżuru pełnionego jako dyżur pojedynczy (w przypadku braku możliwości zabezpieczenia drugiego dyżurnego) – za zgodą przyjęcia takiej formy pracy – przyjęcie dyżuru jest uznawane za wyrażenie zgody,		
3.	Za każdą godzinę pracy na bloku operacyjnym po godz. 14:30 przy wykonywaniu zabiegów planowych		
4.	Za każdą godzinę w sytuacjach nadzwyczajnych wynikających z braku wystarczającej ilości personelu lekarskiego do wykonywania zamierzonych zadań, a co za tym idzie zwiększonego obciążenia pracą i koniecznością wykonywania dodatkowych zadań przez personel lekarski pracujący w zmniejszonym składzie		
5.	Kierowanie oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii		

Deklarowana liczba godzin pracy w oddziale.....

OŚWIADCZENIE OFERENTA:

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert (SWKO) oraz warunkami przyszłej umowy i warunki te przyjmuje 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 daty 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 indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Okręgowych Izbach Lekarskich;
 - 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 dyplomu tytułu naukowego;
 - h) zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy w tym badania epidemiologiczne;
 - i) zaświadczenie o odbytych szkoleniu z zakresu BHP.

* harmonogram może nakładać obowiązek świadczenia usług jedynie w niektóre dni miesiąca.

** niepotrzebne skreślić.

.....
(Podpis i pieczęćka 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 pieczęćka 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 pieczęćka oferenta)