

O F E R T A

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie pediatrii wraz z pełnieniem funkcji kierownika Oddziału Pediatrii i Poradnią Pediatriczną w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. zlokalizowanym przy ul. Floriana Ceynowy 7 w Kartuzach

I. DANE OFERENTA:

Pełna nazwa i adres Oferenta:

.....
.....
.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem Oferenta)

.....

Adres e mail :

Telefon do kontaktu

należy podać obowiązkowo:

Nazwa i numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

.....

Nr wpisu do rejestru przedsiębiorców (KRS)* albo Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (nr NIP):

.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)

Nr dokumentu specjalizacji

Dodatkowe kwalifikacje (kursy, uprawnienia)

.....

Doświadczenie zawodowe w pracy w ochronie zdrowia na stanowisku kierowniczym – należy podać wartość w pełnych latach kalendarzowych

* wpisać jeżeli dotyczy

.....

(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

II. OFERTA CENOWA:

L.p.	Zakres świadczeń zdrowotnych	Proponowane wynagrodzenie	Minimalna liczba godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego za wyjątkiem wiersza 2
1.	Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w komórkach organizacyjnych pionu medycznego	Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług medycznych _____ godz. miesięcznie
2.	Świadczenie usług medycznych w ramach kierowania Oddziałem Pediatrii i Poradnią Pediatryczną	Proponowane wynagrodzenie ryczałtowe za 1 miesiąc kalendarzowy _____	36 m-cy

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli.
2. * W wierszu „L.p. 2” „Proponowane wynagrodzenie” należy podać stawkę brutto za 1 miesiąc wynagrodzenia ryczałtowego w ramach kierowania Oddziałem Pediatrii i Poradnią Pediatryczną.
3. Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo.

.....

(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

III. OŚWIADCZENIE OFERENTA *

Oświadczam, że :

1. **Zapoznałam/em się** z treścią ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń dotyczących ww. dokumentów;
2. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia;
3. **zapoznałam/em się** z projektem umowy i akceptuję warunki w niej zawarte;
4. wykonam świadczenia wymienione w ofercie zgodnie z przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i treścią umowy zawartej z udzielającym zamówienia;
5. **dotychczas wykonywałam/em / nie wykonywałam/am*** na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w cz. IV Formularza Ofertowego znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne;
6. posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej / zawarę* umowę o odpowiedzialności cywilnej na warunkach wskazanych w projekcie umowy;
7. **nie jestem zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza i lekarza dentysty;**
8. nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym;
9. nie mam przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
10. samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em;
11. zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii następujących dokumentów:

- potwierdzających ukończenie kursu BHP,
 - stosownych zaświadczeń lekarskich,
 - dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej wraz z dowodem zapłaty,
12. **świadczę pracę/nie świadczę pracy^{*)}** w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach na podstawie stosunku pracy. Oświadczam, że posiadam wiedzę, że nie można świadczyć usług jednocześnie na podstawie umowy o pracę w tym samym zakresie.

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

* niepotrzebne skreślić

IV. W CELU UZNANIA, ŻE OFERTA SPEŁNIA WYMAGANE WARUNKI, OFERENT DOŁĄCZA DO OFERTY NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY^{}**

(na podstawie części V SWKO):

1) kserokopie (na żądanie udzielającego zamówienia oryginały) dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu **lekarza (dyplom, stopnie i tytuły naukowe, potwierdzenie ukończenia kursów, dyplomy specjalizacji, itd.)^{**}**,

2) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez pełnomocnika upoważnionego do występowania w imieniu Oferenta^{**},

3) oświadczenie potwierdzające, iż oferent posiada 5 letnie doświadczenie w pracy w ochronie zdrowia na stanowisku kierowniczym wraz ze wskazaniem podmiotu, na rzecz którego świadczenia były udzielane oraz zajmowanego stanowiska^{**},

4) inne, dodatkowo składane przez oferenta:

.....

^{**} nie dotyczy jeżeli Udzielającemu Zamówienia dostarczono wymagane dokumenty z racji realizacji wcześniej zawartych umów z Oferentem

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)