

FORMULARZ OFERTOWY
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
- świadczenie usług zdrowotnych lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego
w ramach indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej .

A. Dane identyfikacyjne:

1. Nazwisko _____
2. Imiona _____
3. Adres zamieszkania _____
4. Nazwa wykonywanej praktyki _____
5. Siedziba praktyki (adres) _____
6. Nr wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej _____
7. NIP _____
8. Regon _____
9. Telefon kontaktowy _____

B. Kwalifikacje:

1. Nr dyplomu _____
2. Nr prawa wykonywania zawodu _____
3. Dyplom specjalizacji w dziedzinie _____
lub karta specjalizacji _____
4. Uprawnienia lekarza systemu PRM (*podkreślić właściwe*):
 - a) lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarz po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne,
lub
 - b) lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii,
lub
 - c) lekarz, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty.
5. Inne (w przypadku braku uprawnień lekarza systemu PRM) _____

6. Staż pracy w zawodzie lekarza (liczba lat) _____
7. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (potwierdzone certyfikatem odbytych kursów i szkoleń):

FORMULARZ OFERTOWY
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
- świadczenie usług zdrowotnych lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego
w ramach indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej

C. Określenie warunków:

Świadczenia wykonywane będą w lokalu Udzielającego zamówienia. Warunki użytkowania pomieszczeń, używania przy wykonywaniu świadczeń sprzętu i aparatury medycznej oraz przechowywania dokumentacji medycznej określone zostaną w umowie zawartej pomiędzy Stronami.

D. Warunki oferty:

Gotowość Oferenta do świadczenia usług:

1. liczba deklarowanych godzin pracy w czasie normalnej ordynacji Szpitala (w dni powszednie pomiędzy godz. 7,30 – 15,00)

2. liczba deklarowanych godzin pracy w ramach dyżurów medycznych

3. deklarowana gotowość wykonywania innych świadczeń, do realizacji których Oferent posiada dodatkowe uprawnienia

(zakres dodatkowych świadczeń (opis).
4. Gotowość do wykonywania świadczeń związanych z administrowaniem Oddziałem (pełnienie funkcji Kierownika SOR TAK NIE
5. Proponowana stawka za 1 godzinę usług:
 - a) W CZASIE NORMALNEJ ORDYNACJI stawka _____/godz.
 - b) W RAMACH DYŻURÓW MEDYCZNYCH stawka _____/godz.
 - c) w przypadku gotowości do administrowania Oddziałem (stawka do 160 godz.mies.)
stawka _____/godz.
 - d) INNE świadczenia deklarowane: _____
(stawka za 1 godz. lub za 1 świadczenie)
 - e) badania kontrastowe KT pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

(stawka za 1 badanie)

6. Dokumenty:*

1. Oferent przedkłada w załączeniu następujące dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne (w kserokopiach, oryginały do wglądu po przyjęciu oferty):

Załącznik nr 1. Kopia wypisu z właściwego rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej

- indywidualna (specjalistyczna) praktyka lekarska o charakterze stacjonarnym lub
- praktyka wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

Załącznik nr 2. Kopia dyplomu i prawa wykonywania zawodu Oferenta

Załącznik nr 3. Kopia dokumentów stwierdzających uzyskane specjalizacje w zakresie świadczeń objętych konkursem.



FORMULARZ OFERTOWY
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
- świadczenie usług zdrowotnych lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego
w ramach indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej

Załącznik nr 4. Kopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

Załącznik nr 5. Kopia polisy ubezpieczenia lub oświadczenie Oferenta o ubezpieczeniu się po przyjęciu jego oferty wg wymogów ustawy, najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń

Załącznik nr 6. Kopia zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy.

Załącznik nr 7. Kopia zaświadczenia o przeszkoleniu w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Oferty nie zawierające w/w załączników zostaną odrzucone i nie będą rozpatrywane przez Udzielającego Zamówienia, z zastrzeżeniem punktu 2.

2. W przypadku, gdy oferta zostaje złożona przez Oferenta wcześniej wykonującego usługi na rzecz Udzielającego zamówienia, oferent składa na formularzu ofertowym poniższe oświadczenie:

„Niniejszym oświadczam, iż wszystkie dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne uprzednio złożone a znajdujące się w posiadaniu Udzielającego zamówienie są nadal aktualne.”

podpis Oferenta składającego powyższe oświadczenie

3. Oferent wyraża zgodę na przetwarzanie przez Udzielającego zamówienia jego danych osobowych do celów związanych z postępowaniem konkursowym.

podpis Oferenta