Załącznik nr 1 do SWKO

#### OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

**NR POSTĘPOWANIA 13/2021**

* + - 1. **Dane oferenta (*wypełnić albo pkt A, albo pkt B*)**

**A. Podmiot leczniczy**

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego............................................................................................

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

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych................................. nr KRS..........................................

Pełnomocnik .......................................................... kontakt ...........................................................

B. Oferta indywidualna – w ramach prowadzonej działalności gospodarczej

Imię i nazwisko ................................................................……………………………….....................…………….…

Imię ojca: ………………………………………………………… imię matki: ………………………………………………………………

Nazwa prowadzonej działalności: .............................................................................................................

adres prowadzonej działalności: ………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

adres zamieszkania (*wypełnić, jeśli jest inny niż powyżej*):

miejscowość............................................................ kod pocztowy: ………………....................................... ulica.................................................................................................nr.......................................................

e-mail.........................................................telefon do kontaktu................................................................

PESEL ......................................... NIP ................................................. REGON..........................................

Nr rachunku bankowego: .........................................................................................................................

Nr PWZ: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Organ rejestrowy (określenie izby lekarskiej): …………………………………………………………………………………………….

Nr księgi rejestrowej (RPWDL): …………………………………………………………………………………………………………….

Posiadane kwalifikacje/ ukończone kursy (należy dołączyć kopie dyplomów, certyfikatów itp. potwierdzone „za zgodność z oryginałem”):

1.specjalizacja z ………………………………….....................................................................................................

Stopień specjalizacji ………………………………………………………………………………………………………………………..

2.specjalizacja z…………………………………………...........................……………....................……………………………..

Stopień specjalizacji ………………………………………………………………………………………………………………………..

3.specjalizacja z…………………………………………...........................……………....................……………………………..

Stopień specjalizacji ………………………………………………………………………………………………………………………..

4.dodatkowe umiejętności: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(wymagane potwierdzenie stosownymi zaświadczeniami)

**2. Zakres świadczeń**

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach oddziału chirurgii ogólniej szpitala   
w Malborku oraz Poradni chirurgii ogólnej i Poradni onkologicznej w Malborku i Nowym Dworze Gdańskim, w zakresie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert i warunkami projektu umowy.

1. **Oferta cenowa:**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza chirurga na oddziale chirurgii ogólnej szpitala   
w Malborku i w Poradni chirurgii ogólnej i Poradni onkologicznej w Malborku i Nowym Dworze Gdańskim:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miesięczna szacunkowa liczba godzin/konsultacji w czasie umowy\* | Cena za godzinę udzielania świadczeń (zł) |
| 1. Świadczenia zdrowotne w porze dziennej i dyżury | 180 godzin | /godz. |
| 1. Świadczenia zdrowotne – „gotowość” | - | /godz. |
| 1. Świadczenia zdrowotne w ramach poradni chirurgii ogólnej w Malborku i Nowym Dworze Gdańskim | Średniomiesięczna liczba godzin w poradni – 12  Szacunkowa miesięczna liczba jednostek 6 000,00 | /jedn. rozliczeniowa. |
|  | 1. | 2. |
|  | Miesięczna szacunkowa liczba godzin/konsultacji w czasie umowy\* | Cena za wizytę/konsylium/wycinek  /badanie (zł) |
| 4. Świadczenia zdrowotne w ramach poradni onkologicznej w Malborku i Nowym Dworze Gdańskim: | | |
| 4.1. standardowa wizyta pacjenta (zgodnie z katalogiem świadczeń gwarantowanych NFZ) | - | /wizyta |
| 4.2. wizyta udzielana i rozliczana w ramach karty DILO | - | /wizyta |
| 4.3. udział w konsylium | - | /konsylium |
| 4.4. wycinek skórny ( biopsja wycinająca zmian skórnych ) | - | /wycinek |
| 4.5. BMT | - | /badanie |

\* Liczba godzin lub jednostek rozliczeniowych może ulec zmianie. Podane parametry zawarto w celu obiektywnego porównania ofert.

**Doświadczenie zawodowe – nie mniejsze niż 3 lata jako specjalista chirurgii …………….…Tak/Nie \***

\* niepotrzebne skreślić

1. **Termin świadczenia usług**

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia **01.05.2021r.** do **30.04.2023r.**

1. **Oświadczenie**

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 kk w związku z treścią art. 233 § 6 kk składając ofertę do postępowania konkursowego na świadczenie usług medycznych, niniejszym:

1. Oświadczam, że nie jestem karany za przestępstwa umyślne, zawodowe, skarbowe.
2. Oświadczam, że jestem wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEDIG).
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
4. Oświadczam, ze wobec oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania jak i wykonanie obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym RODO.
6. Oświadczam, że obecnie pracuję w:

a. ................................................................................................................................................

na podstawie stosunku pracy\*, umowy cywilno-prawnej\*

b. ...................................................................................................................................................

na podstawie stosunku pracy\*, umowy cywilno-prawnej\*,

*\*Niewłaściwe skreślić*

Oświadczam, że wymagane w konkursie dokumenty (ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY) \*\*:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

znajdują się w posiadaniu Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku i na dzień składania niniejszej oferty są aktualne.

*\*\*Wypełnić jeśli dotyczy*

Malbork, dnia ........................................... ............................................

podpis oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. kwalifikacje: dyplom ukończenia uczelni medycznej, prawo wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacji, inne dyplomy i certyfikaty,
2. wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
3. wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. zezwolenie z OIL na wykonywanie indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
5. aktualna polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
6. aktualne zaświadczenie (orzeczenie lekarskie) o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza chirurga,
7. aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia BHP