Załącznik nr 1 do SWKO

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NR POSTĘPOWANIA 40/2023

1. Dane oferenta - 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: .....
PWZ: nr.....wydane przez: .....
Organ rejestrowy (określenie izby lekarskiej): .....
Nr księgi rejestrowej (RPWDL): .....

Oświadczam, iż (odpowiednie zaznaczyć i uzupełnić):

☐ Posiadam specjalizację w dziedzinie ..... stopień specjalizacji ....., data uzyskania dyplomu specjalizacji: .....*

☐ Jestem w trakcie specjalizacji w dziedzinie ....., data rozpoczęcia specjalizacji .....

☐ Nie posiadam specjalizacji/ nie jestem w trakcie specjalizacji

* W przypadku posiadania więcej niż 1 specjalizacji należy wpisać specjalizację wymaganą w ogłoszonym konkursie.

2. Zakres świadczeń
Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie anestezjologii na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii szpitala w Malborku w zakresie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert na warunkach określonych w SWKO i projekcie umowy.

Deklaruję średniomiesięczną liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w porze dziennej: ...../ miesiąc.

Deklaruję średniomiesięczną liczbę dyżurów ...../miesiąc

3. Oferta cenowa
Za udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Malborku oczekuję wynagrodzenia:

a) Świadczenie usług zdrowotnych (zmiana dzienna) ..... zł (brutto)/godz.

b) Pełnienie dyżuru medycznego ..... zł (brutto)/godz.

Doświadczenie zawodowe – nie mniejsze niż 3 lata jako specjalista anestezjologii .....Tak/Nie *
Wykonywanie zawodu w warunkach oddziału szpitalnego przez ostatnie 3 lata .....Tak/Nie *

4. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia **01.05.2023r. do 31.10.2024r.**

5. 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:

a) Oświadczam, że nie jestem karany za przestępstwa umyślne, zawodowe, skarbowe.
b) Oświadczam, że jestem wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEDIG) i na dzień składania oferty prowadzę zarejestrowaną działalność gospodarczą zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
c) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
d) Oświadczam, ze wobec oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.
e) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania jak i wykonanie obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym RODO.
f) Oświadczam, że obecnie pracuję w:

a. .....

na podstawie stosunku pracy*, umowy cywilno-prawnej*

**Niewłaściwe skreślić*

<u>Oświadczam, że wymagane w konkursie dokumenty (ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY) **:</u>

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

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. *Dokumenty kwalifikacyjne (dyplom ukończenia uczelni medycznej, dyplom specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, prawo wykonywania zawodu),*
2. *Wpis do CEiDG,*
3. *Polisa ubezpieczeniowa OC od odpowiedzialności cywilnej na jedno i wszystkie zdarzenia lekarza wykonującego zawód na terenie Rzeczypospolitej Polskiej określone ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.*
4. Aktualne zaświadczenie o ukończonym szkoleniu BHP dla osób kierujących personelem medycznym.
5. Aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza,