OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NR POSTĘPOWANIA 42/2023

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.
** Do oferty należy załączyć wyciąg/skan z Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji oraz dokument - potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę lekarza w poradni specjalistycznej.

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, warunkach określonych w SWKO i projekcie umowy.

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

Deklaruję średniomiesięczną liczbę godzin udzielania świadczeń:

- świadczenia w porze dziennej: ...../miesiąc

- świadczenia w ramach dyżurów: ...../miesiąc

3. Oferta cenowa

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości (UWAGA, NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIEPOZYCJE W TABELI):

	Cena za godzinę udzielania świadczeń (zł)
1. Świadczenia zdrowotne w porze dziennej	/godz.
2. Świadczenia zdrowotne w ramach dyżuru medycznego	/godz.
3. Świadczenia zdrowotne – „gotowość pod telefonem”	/godz.
4. Świadczenia zdrowotne w ramach poradni chirurgii ogólnej w Malborku i Nowym Dworze Gdańskim	/jednostkę
5. Świadczenia zdrowotne w ramach poradni onkologicznej w Malborku i Nowym Dworze Gdańskim:	Cena za wizytę/konsylium/wycinek /badanie (zł)
5.1. standardowa wizyta pacjenta (zgodnie z katalogiem świadczeń gwarantowanych NFZ)	/wizyta
5.2. wizyta udzielana i rozliczana w ramach karty DILO	/wizyta
5.3. udział w konsylium	/konsylium
5.4. wycinek skórny (biopsja wycinająca zmian skórnych)	/wycinek
5.5. BMT	/badanie

4. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia **01.05.2023r. do 30.11.2024r.**

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*

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. *Dokumenty kwalifikacyjne (dyplom ukończenia uczelni medycznej, dyplom specjalizacji lub wyciąg/skan z Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji oraz dokument - potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę lekarza w poradni specjalistycznej, prawo wykonywania zawodu),*
2. *Wpis do CEiDG,*
3. *Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,*
4. *Aktualna Polisa ubezpieczeniowa OC od odpowiedzialności cywilnej lekarza wykonującego zawód na terenie RP w stosownym zakresie przewidzianym przepisami prawa.*
5. *Aktualne zaświadczenie o ukończonym szkoleniu BHP.*
6. *Aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza,*