.....

miejscowość / data

Załącznik nr 2
do Zarządzenia nr 30 Dyrektora SPZZOZ w Lipsku z dnia 02 listopada 2021 r.

# OFERTA
## NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZESPOLE ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPSKU

IMIĘ i NAZWISKO / NAZWA OFERENTA

.....

Adres do korespondencji .....

.....

Nr Regon ..... Numer NIP .....

Wpis do CEIDG **TAK / NIE** *(właściwe zakreślić)*

Wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą prowadzonego przez .....* ) pod numerem .....

Tel. kontaktowy: ..... e-mail: .....

**PRZEDMIOTEM NINIEJSZEJ OFERTY JEST:**

1) **UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PONIŻSZYM ZAKRESIE I ZA OKREŚLONE PONIŻEJ WYNAGRODZENIE** *(wpisać dane w odpowiednim miejscu tabeli)*:

| nr pakietu | Grupa zawodowa | Wymagania dodatkowe (specjalizacja, doświadczenie zawodowe) | Miejsce udzielania i zakres świadczeń | | | Właściwe zaznaczyć X | Proponowana cena świadczeń *(wpisać cenę tylko w rubryki dotyczące pakietu, do którego przystępuje oferent)* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **Lekarz** | Lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej<br>Lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu | Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazowo-Ortopedycznej | Zwykła ordynacja lekarska (7.00-15.00) | | | ...../jednostka rozliczeniowa |
| | | | | Dyżury lekarskie w dni powszednie (15.00-7.00 dnia następnego) oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy (7.00-7.00 dnia następnego) | | | ...../godz. |
| 2 | **Lekarz** | Lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych | Oddział Wewnętrzny | Zwykła ordynacja lekarska (7.00-15.00) | | | ...../jednostka rozliczeniowa |
| | | | | Dyżury lekarskie w dni powszednie (15.00-7.00 dnia następnego) oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy (7.00-7.00 dnia następnego) | | | ...../godz. |
| | | | | Wykonywanie badań specjalistycznych | Holter | | ..... zł./badanie |
| | | | | | Próby wysiłkowe | | ..... zł./badanie |
| | | | | | gastroskopia | | ..... zł./badanie |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | **Lekarz** | Lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii | Oddział Dziecięcy | Zwykła ordynacja lekarska (7.00-15.00) | | ...../jednostka rozliczeniowa |
| | | | | Dyżury lekarskie w Oddziale dziecięcym i Neonatologicznym w dni powszednie (15.00-7.00 dnia następnego) oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy (7.00-7.00 dnia następnego) | | ...../godz. |
| 4 | **Lekarz** | Lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii , lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | Zwykła ordynacja lekarska (7.00-15.00) | | ...../godz. |
| | | | | Dyżury lekarskie w dni powszednie (15.00-7.00 dnia następnego) oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy (7.00-7.00 dnia następnego) | | ...../godz. |
| 5 | **Lekarz** | Lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii | Oddział Reumatologiczny | Zwykła ordynacja lekarska (7.00-15.00) | | ...../jednostka rozliczeniowa. |
| 6 | **Lekarz** | Lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii lub pediatrii | Oddział Neonatologiczny | Zwykła ordynacja lekarska (7.00-15.00) | | ...../jednostka rozliczeniowa. |
| 7 | **Lekarz** | Lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii<br>Lub<br>Lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub<br>Lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii | Oddział Rehabilitacyjny | Zwykła ordynacja lekarska (7.00-15.00) | | ...../godz. |
| 8 | **Lekarz** | Lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii | Oddział Psychiatryczny dla przewlekle chorych | Zwykła ordynacja lekarska (7.00-15.00) | | ...../godz. |
| 9 | **Lekarz** | Lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji | Oddział Leczenia Uzależnień | Zwykła ordynacja lekarska (7.00-15.00) | | ...../godz. |
| 10 | **Lekarz** | Lekarz specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinach: chorób wewnętrznych lub geriatrii, lub medycyny rodzinnej ,lub medycyny ogólnej lub chrurgii ogólnej lub psychiatrii lub neurologii | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy | Zwykła ordynacja lekarska harmonogram będzie ustalony przed podpisaniem umowy | | ...../godz. |
| 11 | **Lekarz** | Lekarz z prawem wykonywania zawodu | Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna | w dni powszednie (18.00-8.00 dnia następnego) oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy (8.00-8.00 dnia następnego) | | ...../godz. |
| 12 | **Lekarz** | Lekarz specjalista chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej lub pediatrii lub Lekarz ze specjalizacją II stopnia medycyny ogólnej lub lekarz posiadający I lub II stopień specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych ,lub pediatrii | Poradnie specjalistyczne (Harmonogram pracy poradni zgodnie z wymaganiami NFZ) | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej | | ...../godz |
| | | Lekarz specjalista w dziedzinie alergologii lub w trakcie specjalizacji | | Poradnia alergologiczna | | ...../jednostka rozliczeniowa |
| | | Lekarz specjalista w dziedzinie urologii lub w trakcie specjalizacji | | Poradnia urologiczna | | ...../jednostka rozliczeniowa |
| | | Lekarz specjalista w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub w trakcie specjalizacji lub lekarz ze specjalizacja I stopnia w dziedzinie dermatologii i wenerologii | | Poradnia dermatologiczna | | ...../jednostka rozliczeniowa |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki lub Lekarz ze specjalizacja I stopnia w dziedzinie okulistyki , lub Lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie okulistyki | Poradnia okulistyczna | | ...../jednostka rozliczeniowa |
| | | Lekarz specjalista w dziedzinie endokrynologii w trakcie specjalizacji | Poradnia endokrynologiczna | | ...../jednostka rozliczeniowa |
| | | Lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii lub w trakcie specjalizacji | Poradnia kardiologiczna | | ...../jednostka rozliczeniowa |
| | | j.w | Wykonywanie badań - echo serca | | ...../badanie |
| | | lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej albo lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chirurgii ogólnej, albo lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej | Poradnia chirurgiczna | | ...../jednostka rozliczeniowa |
| | | lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu albo lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, albo lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, | Poradnia urazowo-ortopedyczna | | ...../jednostka rozliczeniowa |
| | | lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc albo lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób płuc, albo lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób płuc, albo lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc oraz lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych lub specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale lub w poradni zgodnych z profilem świadczenia gwarantowanego. | Poradnia gruźlicy i chorób płuc | | ...../jednostka rozliczeniowa |
| | | j.w | Wykonywanie badań - spirometria | | ...../badanie |
| | | Lekarz specjalista chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub chirurgii dziecięcej. | Poradnia preluksacyjna | | |
| | | Lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii | Poradnia zdrowia psychicznego | | ...../jednostka rozliczeniowa |
| | | lekarz specjalista w dziedzinie neurologii albo lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie neurologii, albo lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii. | Poradnia neurologiczna | | ...../jednostka rozliczeniowa |
| | | lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii albo lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie reumatologii, albo lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii oraz lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych lub specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy w oddziale lub w poradni zgodnych z profilem świadczenia gwarantowanego. | Poradnia reumatologiczna | | ...../jednostka rozliczeniowa |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | lekarz specjalista w dziedzinie laryngologii lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii albo lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie laryngologii lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii, albo lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie otorynolaryngologii. | | Poradnia otolaryngologiczna | | ...../jednostka rozliczeniowa |
| 13 | **Lekarz** | Lekarz specjalista w dziedzinie gastroenterologii lub chorób wewnętrznych lub chirurgii lub chirurgii ogólnej , pediatrii, chirurgii onkologicznej lub lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chorób wewnętrznych posiadający udokumentowane potwierdzenie umiejętności wykonywania określonych badań endoskopowych przewodu pokarmowego | Pracownia Endoskopowa | Wykonywanie i opis badań - kolonoskopia | | ...../jednostka rozliczeniowa |
| | | | | Wykonywanie i opis badań - gastroskopia | | ...../jednostka rozliczeniowa |

**2)** Pełnienie funkcji *Lekarza Głównego szpitala TAK / NIE / NIE DOTYCZY (właściwe zakreślić)*

NA RZECZ SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPSKU, ZWANEGO DALEJ „UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIE" NA ZASADACH OKREŚLONYCH W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT ORAZ UMOWY O UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBJĘTYCH NINIEJSZYM KONKURSEM

## OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia, regulaminem komisji konkursowej, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, w tym wzorem umowy.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w siedzibie Udzielającego zamówienie w Komórkach organizacyjnych wskazanych powyżej.
3. Posiada specjalizację ....., posiada wymagania dodatkowe określone w szczegółowych warunkach konkursu .....
4. Prowadzi indywidualną praktykę lekarską/indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską* w zakresie wymienionym w szczegółowych warunkach konkursu *(niewłaściwe skreślić)*
5. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia w pełnym zakresie od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2024r.
6. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnej umowy ubezpieczenia OC.
7. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnej umowy ubezpieczenia w zakresie profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego ze styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV, do której może dojść w trakcie wykonywania czynności zawodowych).
8. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
9. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – również aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne.
10. Dysponuje własną odzieżą ochronną niezbędną do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
11. Wyraża zgodę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przy użyciu sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie SPZZOZ w Lipsku.
12. Wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych: imienia, nazwiska, adresu, nr telefonu oraz danych dotyczących wykonywania zawodu, dla celów realizacji tej umowy.
13. Nie jest zatrudniony w SPZZOZ w Lipsku w ramach umowy o pracę / lub zobowiązuje się rozwiązać umowę o pracę przed zawarciem umowy w wyniku niniejszego konkursu* *(niewłaściwe skreślić)*
14. Akceptuje szczegółowe warunki konkursu ofert oraz warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienie dla potrzeb niniejszego konkursu, jednocześnie wyrażam zgodę na wprowadzenie w umowie zmian, które zostaną uzgodnione na etapie negocjacji.

W przypadku pełnienia funkcji starszego lekarza szpitala oferent akceptuje wynagrodzenie w wysokości analogicznej jak wynagrodzenie określone dla pracowników Zamawiającego w Regulaminie Wynagradzania lub innym dokumencie wewnętrznym regulującym powyższe.
Oferent zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego zamówienia, o których dowiedział się w związku z przystąpieniem do niniejszego konkursu, a których ujawnienie stanowiłoby czyn nieuczciwej konkurencji.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia aktualnego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

**ZAŁĄCZNIKI** (niewłaściwe skreślić):
1. Kserokopie dokumentów potwierdzających wpis do rejestrów: podmiotów wykonujących działalność leczniczą, CEIDG.
2. Kserokopie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje wskazane w szczegółowych warunkach konkursu.
3. Kserokopia dyplomu ukończenia wyższej uczelni.
4. Kserokopia aktualnego prawa wykonywania zawodu.
5. Kserokopia potwierdzenia posiadania specjalizacji w wymaganym zakresie lub karty specjalizacyjnej.
6. Kserokopia polisy OC lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia przed podpisaniem umowy.
7. Kserokopia ubezpieczenia w zakresie profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego ze styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), do którego może dojść w trakcie wykonywania czynności zawodowych lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia przed podpisaniem umowy.
8. Kserokopia orzeczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia przed podpisaniem umowy.
9. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – również aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne (tzw. w.cz.) lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia przed podpisaniem umowy.

.....
**Pieczęć i podpis Oferenta**