

.....
miejsowość / data

O F E R T A
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** (właściwie 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):**

Ip	Grupa zawodowa	Wymagania dodatkowe (specjalizacja, doświadczenie zawodowe)	Miejsce udzielania i zakres świadczeń	Proponowana cena świadczeń (wpisać cenę tylko w rubryki dotyczące pakietu, do którego przystępuje oferent)
1	Lekarz	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 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 poradni zgodnych z profilem świadczenia gwarantowanego	Poradnia gruźlicy i chorób płuc/ jednostka rozliczeniowa

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 28 sierpnia 2023 r. do dnia 31 grudnia 2024 r.
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