

.....
miejscowość / data

FORMULARZ OFERTOWY
Postępowanie konkursowe nr 1/2024

ZAMAWIAJĄCY: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku ul. J. Śniadeckiego 2, 27-300 Lipsko

OFERENT: 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:

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

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

Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie	Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych	Proponowana cena brutto za udzielenie świadczeń zdrowotnych
Świadczenie usług lekarskich w siedzibie udzielającego zamówienia	Poradnia Urologiczna zł brutto/jednostka rozliczeniowa
Miesięczny minimalny wymiar udzielania świadczeń zdrowotnych:		
1.		
2.		

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

- Zapoznał się z treścią ogłoszenia, regulaminem komisji konkursowej, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, w tym wzorem umowy.
- Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w siedzibie Udzielającego zamówienia.
- Posiada specjalizację, posiada wymagania dodatkowe określone w szczegółowych warunkach konkursu.
- Prowadzi indywidualną praktykę lekarską/indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską* w zakresie wymienionym w szczegółowych warunkach konkursu (niewłaściwe skreślić)
- Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia w pełnym zakresie od dnia r. do dnia r.
- Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnej umowy ubezpieczenia OC.
- Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnej umowy ubezpieczenia w zakresie profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego ze styczeńskim wirusem niedoboru odporności (HIV, do której może dojść w trakcie wykonywania czynności zawodowych).
- Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
- 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.
- Dysponuje własną odzieżą ochronną niezbędną do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
- 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 stycyzności 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.

Oświadczam, że w posiadaniu Udzielającego zamówienia znajduje się już komplet aktualnych dokumentów wymaganych do złożenia oferty.

	Data i podpis Oferenta	
--	------------------------	--