

**FORMULARZ OFERTOWY
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**

- świadczenie usług zdrowotnych lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych,
 - lekarza posiadającego specjalizację I° w dziedzinie chorób wewnętrznych/dziedzinach pokrewnych
 - lekarza specjalizującego się w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych
-

A. Dane identyfikacyjne:

1. Nazwisko _____
2. Imiona _____
3. Adres zamieszkania _____
4. Nazwa wykonywanej praktyki _____
5. Siedziba praktyki (adres) _____
6. Nr wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej _____
7. NIP _____
8. Regon _____
9. Telefon kontaktowy _____

B. Kwalifikacje:

1. Nr dyplomu _____
2. Nr prawa wykonywania zawodu _____
3. Dyplom specjalizacji w dziedzinie _____
4. Staż pracy w zawodzie (liczba lat) _____
5. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (potwierdzone certyfikatem odbytych kursów i szkoleń): _____

C. Określenie warunków:

Świadczenia wykonywane będą w lokalu Udzielającego zamówienia. Warunki użytkowania pomieszczeń, używania przy wykonywaniu świadczeń sprzętu i aparatury medycznej oraz przechowywania dokumentacji medycznej określone zostaną w umowie zawartej pomiędzy Stronami.

Oferent zobowiązany jest do pracy zgodnie z miesięcznym harmonogramem czasu pracy ustalonym przez Kierownika Oddziału i zatwierdzonym przez Dyrektora ds. Medycznych Szpitala.

**FORMULARZ OFERTOWY
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**

- świadczenie usług zdrowotnych lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych,
- lekarza posiadającego specjalizację I^o w dziedzinie chorób wewnętrznych/dziedzinach pokrewnych,
- lekarza specjalizującego się w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych

D. Warunki oferty:

1. Gotowość Oferenta do świadczenia usług – Oddział Chorób Wewnętrznych:

| <u>I.p.</u> | <u>Rodzaj świadczenia</u> | <u>Propozycja kwoty za świadczenie zdrowotne</u> |
|-------------|---|--|
| 1. | liczba deklarowanych godzin pracy w oddziale chorób wewnętrznych w czasie normalnej ordynacji Szpitala: | godzin/miesiąc |
| 2. | liczba deklarowanych godzin pracy w ramach dyżurów medycznych: |godzin/miesiąc |

Udzielający zamówienie zamawia, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się osobiście wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie świadczenia zdrowotne objęte postępowaniem konkursowym na rzecz Szpitala w Nowym Tomysłu.

E. Dokumenty

Oferent przedkłada w załączeniu następujące dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne (w kserokopiach, oryginały do wglądu po przyjęciu oferty), ponadto wymaga się od Oferenta zaznaczenia dokumentu, który zostanie złożony w postępowaniu konkursowym lub dokument który jest w posiadaniu Udzielającego zamówienie

| Lp. | Dokument | Dołączono | W posiadaniu SPZOZ* |
|-----|---|-----------|---------------------|
| 1 | dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego | | |
| 2 | dplom ukończenia studiów | | |
| 3 | prawo wykonywania zawodu | | |
| 4 | dplom specjalisty lub dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji, inne dokumenty (certyfikaty, dyplomy i zaświadczenia etc.) potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe niezbędne do wykonywania oferowanych świadczeń, ew. opisany przebieg pracy zawodowej | | |
| 5 | zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG), | | |
| 6 | zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk zawodowych lub wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL | | |
| 7 | zaświadczenia o numerach NIP i REGON | | |
| 8 | polisę obowiązkowego ubezpieczenia OC (lub zobowiązanie do jej zawarcia i dostarczenia do dnia zawarcia umowy), w tym za szkody wynikłe z przeniesienia chorób zakaźnych –HIV i WZW oraz na czas wykonywania świadczeń poza siedzibą Udzielającego zamówienia (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą Dz.U. 2019 poz. 866) | | |
| 9 | aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych/ świadczenia usług będących przedmiotem konkursu (lub zobowiązanie do dostarczenia do dnia podpisania umowy) | | |
| 10 | zaświadczenie potwierdzające staż pracy (jeśli dotyczy). | | |
| 11 | oświadczenie o braku prawomocnego orzeczonego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia PWZ, ograniczenia PWZ lub braku zakazu zajmowania stanowiska (Załącznik nr 1) | | |
| 12 | oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu z pełni | | |

**FORMULARZ OFERTOWY
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**

- świadczenie usług zdrowotnych lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych,
- lekarza posiadającego specjalizację I° w dziedzinie chorób wewnętrznych/dziedzinach pokrewnych,
- lekarza specjalizującego się w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych

| | | | |
|----|---|--|--|
| | praw publicznych (Załącznik nr 2), | | |
| 13 | Załącznik nr 3 - oświadczenie o braku : <ul style="list-style-type: none">• posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych• nie byłem/am skazany/a za przestępstwa popełnione umyślnie,• nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,• nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu• nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym | | |
| 14 | zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego (zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępstwami na tle seksualnym i ochronie małoletnich) (Dz.U.2024.560 z późn. zm.) | | |

*W przypadku, gdy oferta zostaje złożona przez Oferenta wykonującego świadczenia zdrowotne na rzecz Udzielającego zamówienia, w okresie sześciu miesięcy od ogłoszenia postępowania i są nadal aktualne, zaznaczając ww pole może złożyć poniższe oświadczenie:

Niniejszym oświadczam, iż dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne wskazane „W posiadaniu SPZOZ”* znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne na dzień zawarcia umowy.

Data, pieczętka i podpis Oferenta

F. OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia o niniejszym konkursie oraz Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert
2. zapoznał się z warunkami konkursu ofert z treścią ogłoszenia konkursu ofert i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz posiada niezbędne informacje do przygotowania oferty,
3. dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
4. posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem,
5. nie zachodzi wobec niego przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024.146 z późn. zm.).
6. spełnia inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
7. wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w postępowaniu konkursowymi zgodnie z przepisami rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016) oraz zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2019 r. poz. 1781 z późn.zm.).

Data, pieczętka i podpis oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**

- świadczenie usług zdrowotnych lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych,
- lekarza posiadającego specjalizację I° w dziedzinie chorób wewnętrznych/dziedzinach pokrewnych,
- lekarza specjalizującego się w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych

Załącznik nr 1

.....
(miejsowość i data)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania) .

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania określonego stanowiska – zgodnie z treścią postępowania konkursowego.

.....
Data, pieczętka i podpis oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**

- świadczenie usług zdrowotnych lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych,
 - lekarza posiadającego specjalizację I^o w dziedzinie chorób wewnętrznych/dziedzinach pokrewnych,
 - lekarza specjalizującego się w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych
-

Załącznik nr 2

.....
(miejscowość i data)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie posiadam / posiadam*) pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.

.....
Data, pieczętka i podpis oferenta

* niewłaściwe skreślić

**FORMULARZ OFERTOWY
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO**

- świadczenie usług zdrowotnych lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych,
 - lekarza posiadającego specjalizację I° w dziedzinie chorób wewnętrznych/dziedzinach pokrewnych,
 - lekarza specjalizującego się w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii lub dziedzinach pokrewnych
-

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany / a
(imię i nazwisko)

zamieszkały / a
(adres zamieszkania)

legitymujący / a się dowodem osobistym

wydany przez

świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, że :

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych
- nie byłem/am skazany/a za przestępstwa popełnione umyślnie,
- nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,
- nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu
- nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....
Data, pieczętka i podpis oferenta