

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Dane podmiotu/praktyki lekarskiej

Firma/Imię i nazwisko

Siedziba firmy/Adres: kod..... miejscowość.....

ulica..... nr

e-mail tel.

REGON NIP

PESEL

Nr prawa wykonywania zawodu PWZ

Nr księgi rejestrowej rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą RPWDL

.....

Specjalizacja (nazwa , stopień i data uzyskania)

Staż pracy jako lekarz specjalista lata.

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie w Poradni, w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Konstantynowie Łódzkim ul. Sadowa 10, zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w SWKO, w ramach 3 letniej umowy kontraktowej. Deklaruję gotowość świadczenia usług na poziomie jak niżej:

Liczba punktów w podziale na miesiące i kwartały							Razem kwartał Liczba punktów
I kwartał	Styczeń		Luty		Marzec		
II kwartał	Kwiecień		Maj		Czerwiec		
III kwartał	Lipiec		Sierpień		Wrzesień		
IV kwartał	Październik		Listopad		Grudzień		
Razem w roku							

Oferuję wykonywanie niniejszych świadczeń w dni i godziny

.....

3. Oferta cenowa

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości : zł (brutto) za punkt.

4. Oświadczenie oferenta

1.Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

2. Oświadczam, że (oferent wpisuje jestem albo nie jestem);

a) zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza lub przepisów o izbach lekarskich,

b)ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,

c)pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

3. Oświadczam, że) pracuję w:

a.

na podstawie umowy o pracę*, umowy cywilno-prawnej*, w dniach i godzinach:.....

b.

na podstawie umowy o pracę*, umowy cywilno-prawnej*, w dniach i godzinach:.....

c.

na podstawie umowy o pracę*, umowy cywilno-prawnej*, w dniach i godzinach:.....

4*. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z informacją zawartą w Dziale V. SWKO

zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) o administratorze danych, inspektorze ochrony danych, przetwarzaniu danych, dostępie do danych i innych obowiązkach administratora. oraz o moich uprawnieniach. Zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z rozpatrzeniem oferty i realizacją umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Oferentowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest niezbędne do realizacji ww. celu.

5*. (oświadczenie wypełniane w przypadku zgłaszania innych Wykonawców świadczeń zdrowotnych)

Oświadczam, iż wszyscy wykonawcy świadczeń są zapoznani z informacją zawartą w Dziale V. SWKO zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) o administratorze danych, inspektorze ochrony danych, przetwarzaniu danych, dostępie do danych i innych obowiązkach administratora. oraz o moich uprawnieniach. Zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z rozpatrzeniem oferty i realizacją umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Oferentowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest niezbędne do realizacji ww. celu.

6*. (oświadczenie wypełniane w przypadku zgłaszania innych Wykonawców świadczeń zdrowotnych)

Oświadczam, iż zgłaszam gotowość do dokonywania zmian w zatrudnieniu osób świadczących usługi, w stosunku do imiennego wykazu lekarzy stanowiącego załącznik do niniejszej oferty, w zależności od potrzeb zgłaszanych przez Udzielającego Zamówienia, każdorazowo w uzgodnieniu z Udzielającym Zamówienia.

(*niepotrzebne skreślić)

Łódź, dnia

.....
podpis oferenta

Załączniki do oferty (oznaczone są obowiązkowymi załącznikami do ofert dla podmiotu leczniczego, **obowiązkowe dla indywidualnej praktyki lekarskiej)*

1. aktualny wypis z księgi rejestrowej z RPWDL rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/podmioty lecznicze - <https://rpwdl.csioz.gov.pl/RPM/Search> *
2. aktualny wypis z KRS*
3. aktualny wydruk księgi rejestrowej z rejestru RPWDL/ praktyki zawodowe lekarskie - <https://rpwdl.csioz.gov.pl/RPZ/Search?institutionType=L> **
4. aktualny wydruk z CEIDG - <https://prod.ceidg.gov.pl/CEIDG/CEIDG.Public>.**
5. dyplom lekarza**
6. prawo wykonywania zawodu**
7. dyplomy specjalizacji, **
8. opis przebiegu pracy zawodowej**
9. oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem składek ZUS*/**

10. oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem podatku*/**
11. polisa ubezpieczeniowa oc*/**
12. orzeczenie lekarza medycyny pracy o dopuszczeniu do pracy w zawodzie**
13. zaświadczenie o szkoleniu bhp **
14. lista osób świadczących usługi ze wskazaniem doświadczenia (łącznie z dokumentami poświadczającymi kwalifikacje: prawo wykonywania zawodu, dyplom AM, dyplomy specjalizacji, oświadczeniami o niekaralności oraz orzeczeniami o dopuszczeniu do pracy w zawodzie i bhp)*

załącznik do oferty nrwypełnia tylko i wyłącznie podmiot leczniczy

Imienny wykaz lekarzy, którzy będą świadczyli usługi w ramach oferty wraz ze wskazaniem ich kwalifikacji zawodowych

Nazwa Przyjmującego Zamówienie :.....

Siedziba Przyjmującego Zam . :.....

<i>Lp.</i>	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Pesel</i>	<i>Kwalifikacje</i>	<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>

W.W. wiąże z Przyjmującym Zamówienie umowa o pracę/ umowa zlecenie/ umowa

.....* określić rodzaj umowy

....., dnia

.....
podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania
Wykonawcy