**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Dane oferenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Oferenta (w brzmieniu podanym w CEIDG) | | | |
| Imię i nazwisko Oferenta | | | |
| Kod pocztowy i miejscowość | | Pełen adres pod jakim prowadzona jest działalność | |
| PESEL | NIP | | REGON |
| Adres do korespondencji ( podać jeżeli jest inny niż adres prowadzenia działalności | | | |
| Nr telefonu kontaktowego | | Adres mail oferenta | |

1. **Przystąpienie do konkursu ofert jako ( zaznaczyć krzyżykiem)**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Umowa kontraktowa**   Osoba fizyczna wykonująca zawód w ramach praktyki zawodowej w rozumieniu art.5 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej |  |
| * **Umowa zlecenie**   Osoba fizyczna , nieprowadząca działalności gospodarczej , ale posiadająca fachowe kwalifikacje do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym |  |

1. **Zaproponowana liczba dni udzielanych godzin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba dni udzielanych świadczeń zdrowotnych w czasie podstawowej ordynacji oddziału w godzinach od 07:30 do 14:30** | | **Dni tygodnia** |
| …………… | Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w czasie podstawowej ordynacji oddziału w ilości dni | - poniedziałek ……………………..  - wtorek ……………………………  - środa……………………………...  - czwartek …………………………  - piątek …………………………… |

1. **Zaproponowana liczba dyżurów medycznych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba dyżurów medycznych poza godzinami podstawowej ordynacji oddziału** | | **Dni tygodnia** |
| …………… | Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w dni robocze oraz w dni ustawowo wolne od pracy oraz soboty, niedziele i święta w ilości | - poniedziałek ……………………..  - wtorek ……………………………  - środa……………………………...  - czwartek …………………………  - piątek ……………………………  - sobota …………………..……..  - niedziela ………………..…….. |

1. **Zaproponowana liczba dyżurów pozostających w gotowości (pod telefonem) do udzielania świadczeń zdrowotnych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba dyżurów medycznych pozostających w gotowości ( pod telefonem)do udzielania świadczeń zdrowotnych** | |  |
| …………… | Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych poza podstawowym czasem ordynacji oddziału w ilości | - piątek ……………………………  - sobota ……………………………  - niedziela ………………………… |

1. **Proponowane stawki za realizację świadczeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wielkość procentowa i stawka za godzinę** | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja )** |
| ……………… zł brutto | stawkę brutto za 1 godzinę świadczenia usług w zakresie podstawowej ordynacji oddziału |  |
| ……………… zł brutto | stawka brutto za 1 godzinę świadczenia usług w czasie dyżurów medycznych w dni robocze ( od poniedziałku do piątku) oraz w dniu ustawowo wolne od pracy ( w soboty, niedziele i święta) |  |
| ……………… zł brutto | stawka brutto za 1 godzinę pozostawanie w gotowości doudzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurów lekarskich pod telefonem |  |
| ………………..zł brutto | Stawka brutto za 1 kwalifikacje do wykonania znieczulenia do zabiegu operacyjnego, diagnostycznego lub leczniczego, tzw. porada anestezjologiczna |  |

1. **Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć krzyżykiem):**

|  |  |
| --- | --- |
| * Kserokopię dyplomu * Kserokopię prawa wykonywania zawodu * Kserokopię dyplomu specjalizacji * Kopię certyfikatów potwierdzające kwalifikacje zawodowe * Kserokopię kursów, szkoleń * Zaświadczenie lekarskie o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych * Badania sanitarno – epidemiologiczne * Kserokopię polisy OC * Aktualny wydruk z wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej * Aktualny wydruk z wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą * Aktualne szkolenie z zakresu BHP * Informacja z KRK ., o której mowa w ustawie z dnia 13 maja 2016 r o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (tj. Dz. U. z 2024 r. poz.560) * pisemne oświadczenie o posiadanym okresie doświadczenia zawodowego w pracy na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii * Oświadczenie o zamieszkaniu w ciągu ostatnich 20 lat, * Oświadczenie o braku informacji z rejestru karnego państwa innego niż RP * Oświadczenie o braku informacji z KRK na dzień składania oferty oraz o dostarczeniu informacji z KRK najpóźniej do dnia zawarcia umowy. | UWAGA: Dotyczy oferentów prowadzących działalność gospodarczą . Brak dokumentów spowoduje odrzucenie oferty. |
| * Kserokopię dyplomu * Kserokopię prawa wykonywania zawodu * Kserokopię dyplomu specjalizacji * Kopię certyfikatów potwierdzające kwalifikacje zawodowe * Kserokopię kursów, szkoleń * Zaświadczenie lekarskie o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych * Badania sanitarno – epidemiologiczne * Kserokopię polisy OC * Aktualne szkolenie z zakresu BHP * Informacja z KRK ., o której mowa w ustawie z dnia 13 maja 2016 r o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (tj. Dz. U. z 2024 r. poz.560) * pisemne oświadczenie o posiadanym okresie doświadczenia zawodowego w pracy na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii * Oświadczenie o zamieszkaniu w ciągu ostatnich 20 lat, * Oświadczenie o braku informacji z rejestru karnego państwa innego niż RP * Oświadczenie o braku informacji z KRK na dzień składania oferty oraz o dostarczeniu informacji z KRK najpóźniej do dnia zawarcia umowy. | UWAGA: Dotyczy oferentów nieprowadzących działalność gospodarczą . Brak dokumentów spowoduje odrzucenie oferty. |

**Będąc świadomym konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.**

Data i podpis ……………………..………………………