**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 | |
| Kwalifikacje zawodowe lekarza ( zaznaczyć krzyżykiem ) | * Lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie mającej zastosowanie w niniejszym ofertowaniu (jaka specjalizacja)   ……………………….……..  **lub**   * Lekarz z tytułem specjalisty I stopnia w dziedzinie mającej zastosowanie w niniejszym ofertowaniu (jaka specjalizacja)   …………………………………  **lub**   * Lekarz z tytułem specjalisty II stopnia lub lekarz specjalista w dziedzinie mającej zastosowanie w niniejszym ofertowaniu (jaka specjalizacja)   …………………………………. | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW ( wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |
| Doświadczenie zawodowe w pracy POZ ( zaznaczyć krzyżykiem ) | * 0- 5 lat * 6 -10 lat * Powyżej 10 lat | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW ( wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |

1. **Zaproponowana liczba godzin gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (zaznaczyć krzyżykiem)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba dyżurów medycznych w Oddziale poza czasie podstawowej ordynacji oddziału** | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja)** |
| * Poniżej 15 godzin tygodniowo (ile?)……... * 15-20 godzin tygodniowo ( ile ?) ………… * Powyżej 20 godzin tygodniowo |  |
|  |
|  |

1. **Proponowane stawki za realizację świadczeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zaproponowana cena za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej** | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja )** |
| ………………zł | Stawka za każda godzinę udzielanych świadczeń zdrowotnych |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| * Kserokopię dyplomu * Kserokopię prawa wykonywania zawodu * Kserokopię dyplomu specjalizacji lub karta specjalizacyjna * Kopię certyfikatów potwierdzających 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 * pisemne oświadczenie o posiadanym okresie doświadczenia zawodowego w pracy w POZ * Informacja z KRK, o której mowa w ustawie z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich( t.j. Dz. U. z 2024, poz.560) * Oświadczenie o zamieszkaniu w ciągu ostatnich 20 lat, * Oświadczenie w przypadku 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 lub karta specjalizacyjna * Kopię certyfikatów potwierdzających 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 * pisemne oświadczenie o posiadanym okresie doświadczenia zawodowego w pracy w POZ   Informacja z KRK, o której mowa w ustawie z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich( t.j. Dz. U. z 2024, poz.560)   * Oświadczenie o zamieszkaniu w ciągu ostatnich 20 lat, * Oświadczenie w przypadku 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 ……………………..………………………