**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 ) | * tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w dziedzinie chorób płuc oraz tytuł naukowy   **lub**   * tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz tytuł naukowy * tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w dziedzinie chorób płuc **lub** * tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych * Specjalista I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych i doświadczenie | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW ( wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Doświadczenie zawodowe w pracy na Oddziale Pulmonologii lub Oddziale Chorób Wewnętrznych ( zaznaczyć krzyżykiem ) | * 0- 5 lat * 6 -10 lat * Powyżej 10 lat | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW ( wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |

1. **Zaproponowana liczba dni i godzin udzielanych świadczeń w czasie podstawowej ordynacji oddziału ( zaznaczyć krzyżykiem )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba dni i godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych w czasie podstawowej ordynacji oddziału** | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja)** |
| * 1-2 dni tygodniowo | Deklarowanie ilości godzin i wskazanie dni udzielania świadczeń  - poniedziałek …………………….  - wtorek ……..………………  - środa ……………………..  - czwartek ……………………..  - piątek ……………………… |  |
| * 3 – dni tygodniowo |  |
| * 4 dni tygodniowo |  |
| * 5 dni tygodniowo |  |

1. **Zaproponowana liczba dyżurów medycznych poza godzinami czasu pracy podstawowej ordynacji oddziału ( zaznaczyć krzyżykiem)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba dyżurów medycznych w Oddziale poza czasie podstawowej ordynacji oddziału** | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja)** |
| * mniej niż 5 dyżurów medycznych (ile?)…….. * 5 dyżurów medycznych * Powyżej 5 dyżurów medycznych |  |
|  |
|  |

1. **Proponowane stawki za realizację świadczeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wielkość procentowa za realizację wykonanych, prawidłowo sporządzonych i wykazanych do NFZ ilości punktów z wykonanych świadczeń** | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja )** |
| ………………zł | Stawka godzinowa za udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie podstawowej ordynacji oddziału |  |
| ………………zł | Stawka za każda godzinę dyżuru medycznego |  |

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 * 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 * pisemne oświadczenie o posiadanym okresie doświadczenia zawodowego w pracy na Oddziale Pulmonologii lub o podobnym profilu z uwzględnieniem leczenia chorób układu oddechowego lub pisemne oświadczenie o posiadanym okresie doświadczenia zawodowego w oddziale Chorób Wewnętrznych * Oświadczenie o zamieszkaniu w ciągu ostatnich 20 lat, * Oświadczenie w przypadku braku informacji z rejestru karnego. | 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 * pisemne oświadczenie o posiadanym okresie doświadczenia zawodowego w pracy na Oddziale lub o podobnym profilu z uwzględnieniem leczenia chorób układu oddechowego lub pisemne oświadczenie o posiadanym okresie doświadczenia zawodowego w oddziale Chorób Wewnętrznych * Oświadczenie o zamieszkaniu w ciągu ostatnich 20 lat, * Oświadczenie w przypadku braku informacji z rejestru karnego. | 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 ……………………..………………………