**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Dane oferenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Oferenta (w brzmieniu podanym w CEDG) | | | |
| 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 specjalista w dziedzinie alergologii   **albo**   * lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych   **albo**   * lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych   **albo**   * lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc   **albo**   * lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie chorób płuc   **albo**   * lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie alergologii | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW ( wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Doświadczenie zawodowe w pracy na Oddziale lub Poradni zgodnie z profilem świadczeń gwarantowanych ( zaznaczyć krzyżykiem ) | * 0- 5 lat * 6 -10 lat * Powyżej 10 lat | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW ( wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |

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 i godzin udzielanych świadczeń w Żarach**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba dni i godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych w Poradni**  Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach ( nie mniej niż 4 godziny) | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja)** |
| 1 dzień tygodniowo | Deklarowanie ilości godzin i wskazanie dni udzielania świadczeń  - poniedziałek …………………….  - wtorek ……..………………  - środa ……………………..  - czwartek ……………………..  - piątek ……………………… |  |
| 2 dni tygodniowo |  |
| 1. dni tygodniowo |  |
| 4 dni tygodniowo |  |
| 5 dni tygodniowo |  |
| Dodatkowe punkty za udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach popołudniowych ( poza wskazanymi godzinami przedpołudniowymi od poniedziałku do piątku) | |  |

1. **Proponowane wartości za jeden punkt w określeniu procentowym za realizację świadczeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wielkość procentowa za realizację wykonanych, prawidłowo sporządzonych i wykazanych do NFZ ilości punktów z wykonanych świadczeń w poradni** | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja )** |
| ………………% | świadczenia w zakresie alergologii |  |
| ………………% | świadczenia w zakresie alergologii – świadczenia pierwszorazowe |  |

1. **Oświadczenie Oferenta**

Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych, treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO, kryterium oceny oferty, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

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

|  |  |
| --- | --- |
| * Kserokopię dyplomu * Kserokopię prawa wykonywania zawodu * Kserokopię dyplomu specjalizacji * Kserokopię karty specjalizacyjnej * 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 * Zaświadczenie z KRK o niekaralności na tle seksualnym i ochronie małoletnich * pisemne oświadczenie o posiadanym okresie doświadczenia zawodowego w pracy w Oddziale C lub Poradni zgodnym z profilu świadczeń gwarantowanych * 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 * Kserokopię karty specjalizacyjnej * 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 * Zaświadczenie z KRK o niekaralności na tle seksualnym i ochronie małoletnich * pisemne oświadczenie o posiadanym okresie doświadczenia zawodowego w pracy w Oddziale lub Poradni zgodnym z profilem świadczeń gwarantowanych * 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 ……………………..………………………

Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w złożonej ofercie w celu przeprowadzenia postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz przyjmuje do wiadomości, że Zamawiający będzie ich administratorem, dane będą przetwarzane zgodnie z krajowymi przepisami dot. ochrony danych osobowych w celu i zakresie, w jakim jest to niezbędne do przeprowadzenia postępowania o udzielenie świadczeń zdrowotnych, a w przypadku wyboru oferty w celu zawarcia i realizacji umowy. Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu udziału w postępowaniu.