**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 naukowy * lekarz posiadający tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w dziedzinie okulistyki   **albo**   * lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie okulistyki   **albo**   * lekarz w trakcje specjalizacji w dziedzinie okulistyki | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW (wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Doświadczenie zawodowe w pracy w Oddziale Okulistycznym 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. **Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Proszę o wskazania miejsca i zakresu udzielania świadczeń** ( zaznaczyć krzyżykiem) | | |
| **Poradnia Okulistyczna** | **Żary** |  |
| **Żagań** |  |

1. **Zaproponowana liczba dni i godzin udzielanych świadczeń w Żarach**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba dni i godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych w Poradni Okulistycznej**  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. **Zaproponowana liczba dni i godzin udzielanych świadczeń w Żagań**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba dni i godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych w Poradni Okulistycznej**  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 |  |
| 3 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 procentowe za jeden punkt przy realizacji świadczeń**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wielkość procentowa za realizację wykonanych, prawidłowo sporządzonych i wykazanych do NFZ ilości punktów z wykonanych świadczeń w poradni okulistycznej w Zarach** | | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja )** | |
| ………………% | | świadczenia w zakresie okulistyki |  | |
| ………………% | | świadczenia zabiegowe w okulistyce – zakres skojarzony |  | |
| ………………% | | świadczenia w zakresie w okulistyki – ze wskazań nagłych |  | |
| ………………% | | Świadczenia w zakresie okulistyki – diagnostyka onkologiczna |  | |
|  | | | | |
| …………………………..% | **Badanie angiografia fluoresceinowa** | | |  |
| …………………………..% | **Laserowa fotokoagulacja siatkówki** | | |  |
| …………………………..% | **Irydotomia laserowa** | | |  |
| …………………………..% | **Kapsulotomia laserowa** | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wielkość procentowa za realizację wykonanych, prawidłowo sporządzonych i wykazanych do NFZ ilości punktów z wykonanych świadczeń w poradni okulistycznej w Żaganiu** | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja )** |
| ………………% | świadczenia w zakresie okulistyki |  |
| ………………% | świadczenia zabiegowe w okulistyce – zakres skojarzony |  |
| ………………% | świadczenia w zakresie w okulistyki – ze wskazań nagłych |  |
| ………………% | Świadczenia w zakresie okulistyki – diagnostyka onkologiczna |  |
|  | | |
| ………………% | Kwalifikacje do zabiegu usunięcia zaćmy |  |
| ………………% | Kontrolna porada specjalistyczna po zabiegu związanym z leczeniem zaćmy |  |

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 Okulistycznym 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 Okulistycznym lub Poradni zgodnym z profilem świadczenia * 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.