**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 * tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii   **lub**   * tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej   **lub**   * specjalizacja II stopnia w dziedzinie chirurgii ogólnej | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW (wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Doświadczenie zawodowe w pracy w Oddziale Chirurgii Ogólnej (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 ( wpisać od której do której godziny)  - 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. **Zaproponowana liczba dyżurów pozostających w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych poza godzinami czasu pracy podstawowej ordynacji oddziału ( zaznaczyć krzyżykiem)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba dyżurów medycznych w Oddziale poza czasie podstawowej ordynacji oddziału** | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja)** |
| * 3 dyżurów medycznych * 4 dyżurów medycznych * Powyżej 5 dyżurów medycznych |  |
|  |
|  |

1. **Proponowane stawki za realizację świadczeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wielkość wynagrodzenia za realizację wykonanych, prawidłowo sporządzonych i wykazanych do NFZ wykonanych świadczeń** | | **PRZYZNANE PUNKTY (wypełnia Komisja )** |
| ………………zł | Stawka godzinowa za udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie podstawowej ordynacji oddziału |  |
| ………………zł | Stawka za każdą pełną godzinę dyżuru medycznego w dni powszednie |  |
| ………………zł | Stawka za każdą pełną godzinę dyżuru medycznego w dni świąteczne |  |
| ………………zł | Stawka za każdą godzinę pozostawania w gotowości ( pod telefonem) do udzielania świadczeń zdrowotnych i przybycie na wezwanie |  |
| ………………zł | Stawka za każda godzinę wezwania |  |

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 * 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 Chirurgii Ogólnej * 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. |

**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.