

FORMULARZ OFERTY

na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w systemie całodobowego zabezpieczenia opieki medycznej w ramach świadczeń szpitalnych oraz pełnienia dyżurów medycznych w zakresie:

.....

1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia:

Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.....

.....

2. Dane oferenta:

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres.....

Nazwa oferenta.....

Prawo wykonywana zawodu.....

Numer księgi rejestrowej z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą –
(Wojewoda).....

PESEL.....NIP.....REGON.....

Nazwa i adres podmiotu leczniczego.....

.....

Numer wpisu do CEIDG.....

Liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w imieniu oferenta.....

3. Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, kursy, uprawnienia, certyfikaty):.....

.....

4. Przebieg pracy zawodowej:.....

.....

.....

5. Dane Kontaktowe (Telefon, e-mail).....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu ofertowym niezbędnych do realizacji umowy o świadczenie usług medycznych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) oraz w zgodzie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r., o ochronie danych osobowych.

.....
podpis i pieczęć firmowa Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę w siedzibie Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia, na warunkach określonych w projekcie Umowy.
3. Prowadzę praktykę lekarską w dziedzinie
zarejestrowaną w rejestrze OIL.....pod numerem.....
oraz w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG).
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście. W przypadku niemożności udzielania świadczeń osobiście zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania lekarza kierującego lub osobę zastępującą lekarza kierującego oddziałem.
5. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC), na co najmniej minimalną kwotę określoną stosownymi przepisami i zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC nie później niż w dniu podpisania umowy , a także gwarantuję utrzymanie jej ważności przez cały okres obowiązywania umowy.
6. Posiadam aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych, które przedłożę do dnia podpisania umowy.
7. Zobowiązuję się dobrowolnie do wykonywania na rzecz Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu świadczeń zdrowotnych w podstawowej ordynacji w wymiarze około..... godzin miesięcznie, w ramach pełnionych dyżurów poza godzinami ordynacji podstawowej około.....godzin miesięcznie oraz w ramach pełnionych dyżurów w sobotę, niedzielę i święta około godzin miesięcznie.
8. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:
 - a) stawka godzinowa – za godzinę udzielania świadczeń w ordynacji podstawowej (tj. od godz. 7:00 do 14:35 w dni powszednie od poniedziałku do piątku) w wysokości.....zł brutto (słownie:)
 - b) stawka godzinowa – za godzinę dyżuru poza godzinami ordynacji podstawowej (tj. od godz. 14:35 do 7:00 w dni powszednie od poniedziałku do piątku) w wysokości.....zł brutto (słownie:)
 - c) stawka godzinowa - za godzinę dyżuru w sobotę, niedzielę i święta od godz. 7:00 do 7:00 w wysokościzł brutto (słownie:)

9. Posiadam następujące dodatkowe uprawnienia i /lub umiejętności (np. umiejętności wykonywania USG itp. -dokumenty poświadczające w załączeniu):

.....

10. Wyrażam zgodę na potwierdzanie godzin świadczenia usług poprzez osobiste odbicie karty zbliżeniowej w Rejestracji Czasu Pracy, przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu ich realizacji.

11. Posiadam rachunek bankowy do rozliczeń w ramach prowadzonej działalności gospodarczej o numerze:..... i zobowiązuję się powiadomić pisemnie Udzielającego zamówienia o jego zmianie.

12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.

.....

podpis i pieczętka firmowa Oferenta

ZAŁĄCZNIKI- kserokopie dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez Oferenta:

1. Dyplom lekarza.
2. Prawo wykonywania zawodu (strona ze zdjęciem, strona 2 i 3, strona z wpisaną specjalizacją).
3. Dyplom specjalizacji/specjalisty.
4. Decyzja o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą albo wypis z takiego rejestru, wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej.
5. Polisa lub inny dokument potwierdzający zawarcie przez Oferenta ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie o dostarczeniu polisy do dnia podpisania umowy.

