Załącznik nr 2 do SWKO

F O R M U L A R Z O F E R T O W Y

w konkursie na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w zakresie ginekologii i położnictwa

1.Dane Oferenta

Imię .....
Nazwisko .....
Nr telefonu do kontaktu..... adres e-mail.....
Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej.....
.....
NIP ..... REGON .....
Adres korespondencyjny .....
Prawo wykonywania zawodu nr.....

2.Zakres świadczeń

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w zakresie:
.....
w SPZOZ w Grodzisku Wlkp., w ramach umowy kontraktowej.

3. Oferta cenowa

Za tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych oferuję cenę w wysokości stanowiącej ..... % od wartości 1 punktu.

przy czym cena punktu wynika z wyceny punktu przez Narodowy Fundusz Zdrowia w dacie wykonania świadczenia, a liczbę punktów za dane świadczenie określa Zarządzenie nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna;

4.Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy na udzielenie świadczenia zdrowotne na okres od ..... .do .....

5. Kwalifikacje i doświadczenie

Posiadam specjalizację z dziedzinie.....

Posiadam doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot Konkursu ofert (liczba lat) .....

6.Oświadczam, że:

1) zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń;
2) posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot Konkursu ofert, dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki do ich realizacji;
3) jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych;
4) świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście;
5) posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ..... (zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość ..... na dzień podpisania umowy);
6) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w podanym wyżej zakresie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do przeprowadzenia Konkursu ofert. Oświadczam, że jestem świadoma/y przysługujących mi praw związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych jest równoznaczne z wycofaniem oferty z Konkursu.

Grodzisk Wlkp., dnia ....

podpis oferenta

Załączniki do oferty:

1) dyplom lekarza,
2) dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu,
3) dokument potwierdzający specjalizację,
4) orzeczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych,
5) zaświadczenie z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
6) zaświadczenie o odbytym szkoleniu z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy
7) polisa OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy OC,
8) informacja z Krajowego Rejestru Karnego,