Załącznik nr 1

**O F E R T A**

# **NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ W ODDZIALE CHIRURGICZNYM Z PODODDZIAŁEM GASRTOENTEROLOGICZNYM SZPITALA W GRODZISKU WLKP.**

**1.Dane Oferenta**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Telefon |  |
| Adres e-mail |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr Domu/ mieszkania |  |
| PESEL |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Nr prawa wykonywania zawodu |  |
| Specjalizacja (nazwa i stopień) |  |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą |  |

**2.Zakres świadczeń**

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Gastroenterologicznym Szpitala w Grodzisku Wlkp. zgodnie
z wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

**3.Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłaszam w tym zakresie zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę w siedzibie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wlkp. w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Gastroenterologicznym w okresie od…………………................... do ……………………....... r.
3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki do ich realizacji.
4. Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.
5. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia Konkursu ofert.
7. Oświadczam, że na dzień zawarcia umowy będę posiadać aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości …………………………….……….. (Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość ……………………..………………… na dzień podpisania umowy.)\*
8. Deklarowana minimalna liczba udzielanych świadczeń zdrowotnych w podstawowej ordynacji działalności Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałem Gastroenterologicznym

(przez podstawową ordynacje Udzielający Zamówienie rozumie czas pracy od 7 00 do 15 00)

- ………… godzin / tygodniowo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| czas pracy od 7 00 do 15 00 |  |  |
| Lp. | dzień tygodnia | ilość godzin |
| 1. | poniedziałek |  |
| 2. | wtorek |  |
| 3. | środa |  |
| 4. | czwartek |  |
| 5. | piątek |  |

1. Deklarowana minimalna liczba udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżuru medycznego w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Gastroenterologicznym

( przez dyżur medyczny Udzielający Zamówienia rozumie dni od poniedziałku do piątku od godziny 15-7, w soboty , niedzielę i święta od 7 do 7)

-………………… godzin/miesięcznie.

# 4.Oferta cenowa

# 1. Za realizację usługi oczekuję należności w kwocie: …………………zł (brutto) za 1 godzinę

# udzielania świadczeń w podstawowej ordynacji działalności Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałem Gastroenterologicznym zgodnie z ustalonym w danym okresie rozliczeniowym harmonogramem.

# 2. Za realizację usługi oczekuję należności w kwocie: …………………zł (brutto) za 1 godzinę

# pełnienia dyżuru medycznego w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Gastroenterologicznym zgodnie z ustalonym w danym okresie rozliczeniowym harmonogramem.

Załączniki do oferty:

1. wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą
2. zaświadczenie z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej
3. dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu
4. polisa OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy
5. zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji przedmiotu umowy
6. zaświadczenie o szkoleniu bhp

Grodzisk Wlkp., dnia …………………………… …………………………………................ podpis oferent

\*niepotrzebne skreślić