

Miejsce składania ofert
Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki zdrowotnej w Jabłonie
Ul. Parkowa 21
05-110 Jabłonna

O F E R T A

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza
w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonie**

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza

Nr dyplomu lekarza.....

NIP.....REGON.....

Pełna nazwa praktyki lekarskiej

.....

Adres indywidualnej praktyki lekarskiej.....

.....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres praktyki)

.....

Telefon..... e-mail

Nr rachunku bankowego

Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) ważne od:

do:.....

Zaświadczenie lekarskie ważne od: do:*

Szkolenie w zakresie BHP ważne od:do:.....**

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez 3 lekarzy w Podstawowej Opiece Zdrowotnej w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonie na zasadach określonych w projekcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem.

* Jeżeli w dokumencie nie jest określona data obowiązywania „do” należy przyjąć maksymalnie 3 lata od daty obowiązywania „od”.

** Jeżeli w dokumencie nie jest określona data obowiązywania „do” należy przyjąć maksymalnie 5 lat od daty obowiązywania „od”

Oferent oświadcza, iż:

- a) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu.
- b) Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonie.
- c) Posiada dyplom lekarza.
- d) Posiada prawo wykonywania zawodu lekarza.
- e) Posiada specjalizację w dziedzinie medycyna rodzinna lub choroby wewnętrzne.
- f) Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) w zakresie określonym w przepisach ustawy o działalności leczniczej.
- g) Posiada ważne orzeczenie/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku lekarz.
- h) Posiada aktualne zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie BHP wymaganego dla swojej grupy zawodowej, której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
- i) Nie zalega w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
- j) Nie zalega w opłacaniu podatków, nie są one rozłożone na raty, nie jest zwolniony z ich uiszczania.
- k) Nie był karany za żadne przestępstwo umyślne i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie karne.
- l) Inne dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie.
- m) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Jabłonie dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie, należy **zaznaczyć wybrany wariant** ¹:

- a) zł/h - stawka za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

¹ Oferent może złożyć ofertę tylko na jeden wariant.

b) **zł/h** – stawka za jedną udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku wypracowania ponad 144 h w miesiącu

c) dostępność/minimalna liczba godzin udzielania świadczeń - **h / miesięcznie**
(zgodnie z SWKO oferta zostanie uznana za nieważną jeżeli zostanie złożona na mniejszą niż 48 liczbę godzin)

d) dostępność/maksymalna liczba godzin udzielania świadczeń **h / miesięcznie**

e) doświadczenie zawodowe (proszę zaznaczyć odpowiednie):

- powyżej 10 lat
- poniżej 10 lat

f) doświadczenie w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (proszę zaznaczyć odpowiednie):

- TAK
- NIE

g) posiadam zawartą umowę na świadczenie usług medycznych w SZP ZOZ w Jabłonie (proszę zaznaczyć odpowiednie):

- TAK
- NIE

Jako termin rozpoczęcia udzielania świadczeń wskazuję
(nie wcześniej niż + 7 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu) (proszę wpisać datę)

.....

(miejscowość i data)

.....

(czytelny podpis)

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. aktualny wydruk z CEIDG;
2. kserokopia dyplomu lekarza;
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza;
4. kserokopia dyplomu specjalizacji lub kserokopia dokumentu potwierdzającego spełnienie wymogu lekarza systemu lub dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji (w zależności od wariantu).
5. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r., poz. 991 z późn. zm.);
6. kserokopia ważnego orzeczenia/zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na stanowisku lekarz;
7. kserokopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie BHP wymaganego dla swojej grupy zawodowej, której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
8. dodatkowe dokumenty potwierdzające doświadczenie i wykształcenie;
9. podpisany Formularz Ofertowy (wypełniony pismem drukowanym lub na komputerze);
10. parafowany Wzór Umowy.

SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. strony ponumerowane i ułożone zgodnie z „ZAŁĄCZNIKIEM DO OFERTY” lub z zapisami części III pkt.1 SWKO;
2. dokumenty złożone w formie oryginału lub datowanej kserokopii poświadczenia *za zgodność z oryginałem.*