

## Oferta

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziale Wewnętrznym, Izbie Przyjęć oraz na Sali Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego /INK/**

**Składam ofertę na udzielenie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: opieka szpitalna w zakresie czynności lekarza chorób wewnętrznych**

I. Dane o ofercie

Nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą

.....

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą .....

Nr wpisu do rejestru sądowego KRS .....

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

Liczba osób posiadających kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń zdrowotnych

.....

**lub**

Imię..... Nazwisko .....

Zawód..... Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie ( stopień specjalizacji).....

Nazwa i nr wpisu do rejestru indywidualnych praktyk/ indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i organ dokonujący wpisu

.....

Nazwa i nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej i organ dokonujący wpisu

.....

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

Adres.....

Telefon.....

II. Oświadczam, że posiadam aktualne:

1. Dokumenty uprawniające do występowania w obrocie prawnym i uprawniające do udzielania świadczeń zdrowotnych,
2. Udokumentowane kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń zdrowotnych / dysponuję personelem medycznym posiadającym odpowiednie kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych\*
3. Zaświadczenie lekarskie / wpis w książeczce pracowniczej – od lekarza profilaktyka\*\*

4. Umowę o ubezpieczeniu OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, na które złożono ofertę / zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia OC w przypadku wyboru oferty w terminie 30 dni od daty zawarcia umowy \*
5. Zaświadczenie o odbytym szkoleniu BHP i P/poż \*\*

III. Oświadczam, że zobowiązuję się przed zawarciem umowy do przedłożenia do wglądu wymienionych w pkt II podpunkt 1-5 oryginałów dokumentów.

IV. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę w siedzibie Udzielającego Zamówienia przy wykorzystaniu jego pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego.

V. Na świadczenia zdrowotne będące przedmiotem oferty składają się czynności polegające na ratowaniu, przywracaniu i poprawie stanu zdrowia pacjentów, a w szczególności:

1. Badania i porady lekarskie
2. Leczenie i sprawowanie opieki nad pacjentami zgłaszającymi się do Oddziału Wewnętrznego, i Izby Przyjęć,
3. Badania diagnostyczne
4. Orzekanie o stanie zdrowia
5. Udzielanie konsultacji na prośbę lekarzy innych specjalności
6. Kierowanie na badania dodatkowe w celu optymalnej diagnostyki przy najniższych kosztach uzyskania prawidłowej diagnozy
7. Rzetelne prowadzenie dokumentacji lekarskiej i medycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, w tym historii chorób wraz z przebiegami leczenia w poradni na zasadach przyjętych przez Udzielającego Zamówienia (w formie papierowej i elektronicznej)
8. Sprawozdawanie ilości udzielanych świadczeń na zasadach określonych przez NFZ dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartych umów z NFZ

VI. Za realizację zamówienia proponuję następujące kwoty należności:

1. .... zł (słownie zł ..... )brutto  
za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

VII. Deklarowana przerwa płatna/niepłatna\* ..... w udzielaniu świadczeń zdrowotnych

.....

VIII. Deklarowana liczba dni/godzin pracy ..... w miesiącu rozliczeniowym.

IX. Oświadczam, że dotychczasowy okres mojej współpracy z Udzielającym Zamówienia wynosi:

.....

X. Oświadczam, że posiadam decyzję ZUS upoważniającą do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy / dysponuję personelem medycznym posiadającym decyzje ZUS upoważniające do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy \*

XI. Oświadczam, że akceptuję zawarcie umowy na okres wskazany w ogłoszeniu przez Udzielającego Zamówienia

XII. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych

w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia.

XIII. Oświadczam, że samodzielnie rozliczam się z ZUS i Urzędem Skarbowym.

XIV. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert /SWKO/ oraz projektem umowy i nie zgłaszam w tym zakresie zastrzeżeń.

.....  
/ data i podpis Oferenta/

\* niepotrzebne skreślić

\*\* nie dotyczy podmiotu leczniczego wym.w art.4 ustawy

### **OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Udzielającego Zamówienia dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.).

.....  
/ data i podpis Oferenta/