

Oferta
na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Poradni Stomatologicznej

Składam ofertę na udzielenie świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w Poradni Stomatologicznej- w zakresie czynności lekarza stomatologa .

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 osiadających kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń zdrowotnych

.....

lub

Imię..... Nazwisko

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

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

Nr wpisu do rejestru indywidualnych praktyk/ indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i organ dokonujący wpisu

.....

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. diagnozowanie, udzielanie porad i zaopatrywanie pacjentów w stanach:
 - * nagłego, ostrego bólu zęba występującego szczególnie nocą
 - * obrzęku twarzy
 - * urazu twarzy (złamanie zęba, złamanie żuchwy, złamanie szczęki)
 - * krwawienia występującego w obrębie jamy ustnej
2. wykonywanie zabiegów stomatologicznych z należytą starannością przy zachowaniu bezpieczeństwa chorego oraz kontrolowanie skuteczności tych zabiegów,
3. przyjmowanie pacjentów w dniu zgłoszenia,
4. W przypadku ogólnie zaniedbanej jamy ustnej i bólu zęba wywołanego czynnikami mechanicznymi bądź chemicznymi (słodkie, kwaśne) ,kierowanie pacjentów do gabinetów dziennych , celem przeprowadzenia sanacji jamy ustnej.
5. udzielanie pacjentom w sposób jasny informacji o stanie zdrowia , rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych oraz dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania zgodnie ze stanem obecnej wiedzy medycznej,
6. 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,
7. rzetelne prowadzenie dokumentacji i sprawozdawanie ilości udzielanych świadczeń na zasadach określonych przez NFZ dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartych umów z NFZ,
8. wykonywanie procedur zabiegowych na zasadach określonych w odrębnych przepisach NFZ określających warunki realizacji procedur zabiegowych STOM,
9. pełnienie dyżurów stomatologicznych.
10. bieżące sterylizowanie i dezynfekowanie narzędzi stomatologicznych

VI. Za realizację zamówienia proponuję następujące kwoty należności:

1. a/ ryczałt w wysokości.....zł (słownie złotych.....)brutto za dyżur 12-godzinny w godz. 19,00 – 7,00,

b/ ryczałt w wysokościzł (słownie złotych)brutto za dyżur 24-godzinny w godz.7,00 – 7,00 w niedziele, święta oraz dni wolne

3.....% za ponadstandardy

4.....% wartości odpłatności pobranej od pacjenta nieubezpieczonego za udzielone mu świadczenia zdrowotne

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

VIII. Deklarowana liczba dni/godzin pracy w poradni 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 /