(nazwa oferenta albo imię i nazwisko)

……, dnia ……

Zespół Opieki Zdrowotnej
„Szpitala Powiatowego"
w Sochaczewie
ul. Batalionów Chłopskich 3/7
96-500 Sochaczew

O F E R T A
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

I. Usługi realizowane przez lekarzy w Oddziałach Szpitalnych Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego'' w Sochaczewie:

a) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Instrukcja dla Oferenta

1. Niniejszy formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony w języku polskim, pismem czytelnym lub komputerowo, parafowany na każdej stronie oraz podpisany na końcu dokumentu przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
2. Należy wypełnić wszystkie pola dotyczące wybranej formy udziału i załączyć tylko dokumenty wymagane dla tej formy w SWKO.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem" i podpisane przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Pełnomocnictwo do podpisania oferty, o którym mowa w pkt 1, winno być dołączone w oryginale jako załącznik do niniejszej oferty, o ile umocowanie nie wynika z innych dokumentów dołączonych przez Oferenta.

II. Dane Oferenta

Status oferenta – zaznaczyć jedną możliwość: □ A – lekarz bez działalności gospodarczej i praktyki zawodowej; □ B – lekarz prowadzący praktykę zawodową; □ C – podmiot leczniczy zapewniający lekarzy.

Imię i nazwisko / nazwa Oferenta	
Adres zamieszkania / siedziba	kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu
nr tel. Oferenta/ osoby upoważnionej	
e-mail Oferenta/ osoby upoważnionej	
CEIDG / KRS – tylko forma B lub C	
RPWDL – tylko forma B lub C	
PESEL – osoba fizyczna	
Nr prawa wykonywania zawodu	
Kwalifikacje zawodowe (specjalizacje, kursy, certyfikaty, stopnie naukowe)	
Staż pracy ogólny	
Staż pracy zgodny z przedmiotem konkursu ofert	
Liczba lekarzy; dla formy A: 1	Według załącznika nr 1 do SWKO[1]
Nr konta bankowego i nazwa banku	

III. Proponowane warunki ilościowo-kosztowe Oferenta

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w oddziale wskazanym powyżej na warunkach określonych w SWKO i we właściwym dla mojej formy udziału wzorze umowy.
2. Proponuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w następującym zakresie w ilości godzin i według wysokości stawki kwoty brutto (zł) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych, określonej poniżej:

Tabela nr 1

Zakres świadczeń zdrowotnych	Kwalifikacje lekarza	Proponowana przeciętna ilość godzin w miesiącu			Brutto(zł) za 1 godzinę lub świadczonych usług zdrowotnych	Brutto(zł) za 1 godzinę świadczonych usług zdrowotnych	Brutto(zł) za 1 godzinę lub świadczonych usług zdrowotnych
		ranek	dyżur	dyżur w gotowości	ranek	dyżur	dyżur w gotowości
		a	b	c	d	f	h
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Lekarz specjalista / lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii						
	Lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub bez specjalizacji						

IV. Oświadczenie Oferenta

Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznałem/am się z ogłoszeniem, SWKO, Regulaminem Pracy Komisji Konkursowej oraz właściwym dla mojej formy udziału wzorem umowy.
2. Zapoznał się ze wszystkimi koniecznymi dokumentami, przepisami prawa i uregulowaniami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia oraz pozyskał informacje niezbędne do wykonania zamówienia na świadczenia zdrowotne.
3. Oferent związany jest złożoną przez siebie ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Zapoznałem/am się z właściwym dla mojej formy udziału wzorem umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach zgodnych z ofertą i SWKO.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym na dzień złożenia oferty.
6. Posiadam kwalifikacje do osobistego udzielania świadczeń albo – w przypadku podmiotu leczniczego – zapewniam lekarzy wskazanych w ofercie, spełniających wymagane warunki.
7. Zapewnia realizację świadczeń objętych zakresem konkursu i złożoną ofertą zgodnie z SWKO.
8. W przypadku formy B albo C przedmiot oferty mieści się w zakresie moich uprawnień i odpowiedniego wpisu do RPWDL. W przypadku formy A posiadam kwalifikacje i wykonuję świadczenia osobiście bez prowadzenia działalności w zakresie niniejszej oferty.
9. Nie jest świadczeniodawcą i nie udziela świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach umowy zawartej bezpośrednio z Narodowym Funduszem Zdrowia (lub innym organem bądź podmiotem właściwym w zakresie pełnienia funkcji płatnika świadczeń zdrowotnych wedle obowiązujących przepisów prawa).
10. W przypadku formy A: przed rozpoczęciem umowy i wraz z miesięcznym rachunkiem złożę oświadczenie o tytułach do ubezpieczeń; Szpital jako płatnik ustala i rozlicza należne składki oraz podatek zgodnie z przepisami. W przypadku formy B/C: prowadzę własne rozliczenia zgodnie z przepisami i wystawiam fakturę, w tym w KSeF, jeżeli mam taki obowiązek.
11. Oświadcza, iż Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie nie rozwiązał z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta.
12. Nie był karany za żadne przestępstwo umyślne, przestępstwo skarbowe i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie karne ani postępowanie karne skarbowe.
13. Nie jest zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów prawa.
14. Nie jest pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
15. Dostarczę przed rozpoczęciem udzielania świadczeń polisę OC i potwierdzenie obowiązywania ochrony oraz aktualny dokument potwierdzający wymagane szkolenie BHP. Zobowiązuję się utrzymywać wymaganą ochronę ubezpieczeniową i aktualność dokumentu BHP przez okres umowy.
16. Zapoznał się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych.
17. Przyjmuję do wiadomości klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych dołączoną do ogłoszenia. Nie jest wymagane odrębne oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych koniecznych do przeprowadzenia konkursu.

.....

podpis Oferenta / osoby upoważnionej

V Załączniki do oferty:

1. Lekarz bez działalności gospodarczej i praktyki zawodowej w zakresie oferty – wymagane:

a) Kserokopia prawa wykonywania zawodu;
b) Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w tym kserokopia dyplomów, specjalizacji, kursów, szkoleń, certyfikatów;
c) Kopia polisy ubezpieczeniowej OC lub pisemne oświadczenie o przedłożeniu kopii polisy najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych;
d) Aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydawane przez lekarza medycyny pracy;
e) Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych;
f) Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy;
g) informacje z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2023 r. poz. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego - wymagane są od osób dopuszczonych do kontaktu z małoletnimi.
h) lub oświadczenie o posiadaniu części aktualnych dokumentów przez Dział Kadr i Płac Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie;
i) Wypełniony formularz ofertowy.

2. Lekarz prowadzący praktykę zawodową:

j) Zaświadczenie o wpisie indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki do rejestru podmiotów leczniczych (wydruk księgi rejestrowej).
k) Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk z CEIDG)
l) Kserokopia prawa wykonywania zawodu;
m) Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w tym kserokopia dyplomów, specjalizacji, kursów, szkoleń, certyfikatów;
n) Kopia polisy ubezpieczeniowej OC lub pisemne oświadczenie o przedłożeniu kopii polisy najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych;
o) Aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydawane przez lekarza medycyny pracy;
p) Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych;
q) Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy;
r) informacje z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2023 r. poz. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego - wymagane są od osób dopuszczonych do kontaktu z małoletnimi.
s) lub oświadczenie o posiadaniu części aktualnych dokumentów przez Dział Kadr i Płac Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie;
t) Wypełniony formularz ofertowy.

3. Podmiot leczniczy zapewniający lekarzy – wymagane:

a) Aktualny odpis z właściwego rejestru (KRS) wystawiony nie wcześniej niż 6 m-cy przed upływem składania ofert lub Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
b) Wpis do księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk księgi rejestrowej wojewody);
c) Numer REGON;
d) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
e) Kopia polisy ubezpieczeniowej OC lub pisemne oświadczenie o przedłożeniu kopi polisy najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych;
f) Kserokopia Statutu podmiotu leczniczego i Regulaminu organizacyjnego;
g) Kserokopia umowy spółki (jeśli dotyczy);
h) informacje z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2023 r. poz. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa
i) lub oświadczenie o posiadaniu części aktualnych dokumentów przez Dział Kadr i Płac Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie
j) Wypełniony formularz ofertowy;
k) Wykaz osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych, poprzez podanie nr PESEL, wraz z wykazem uprawnień i kwalifikacji zawodowych oraz nr prawa wykonywania zawodu.

4. Oświadczenie o dokumentach już będących w posiadaniu Szpitala (jeżeli dotyczy):

Oświadczam, że wszystkie/pozostałe wymagane dokumenty do konkursu ofert są **aktualne** i znajdują się już w posiadaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie.

……
podpis Oferenta / osoby upoważnionej