

.....
(Pieczęć oferenta)

FORMULARZ OFERTY
udzielanie świadczeń w Poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej

Imię

Nazwisko.....

PESEL

Zawód

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji i rok)

.....

Nr dokumentu specjalizacji

Firma przedsiębiorcy

NIP REGON.....

Adres indywidualnej praktyki lekarskiej

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki)

.....

Telefon email:

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis oferenta)

Załącznik 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
FORMULARZ OFERTY

W związku z konkursem ofert ogłoszonym przez Dyrektora Naczelnej Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

1. Składam ofertę na udzielanie ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

na okres od dnia r. do dnia r*.

2. Proponuję zryczałtowaną stawkę brutto za udzielanie świadczeń w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, zgodnie z harmonogramem pracy poradni i zapotrzebowaniem Zamawiającego, w wysokości% kwoty uzyskanej przez pomnożenie liczby punktów bazowych za udzielone świadczenia przez cenę za punkt – zgodnie z umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia odpowiednio na rok realizacji świadczenia.

3. Oferuję udzielanie świadczeń w ilości **godzin tygodniowo**. Proponuję udzielanie świadczeń w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

a. wg harmonogramu:
podać dni tygodnia i proponowane godziny

b. bez harmonogramu*

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis oferenta)

* niepotrzebne skreślić

.....
(Pieczęć oferenta)

W załączeniu do oferty przedkładam:

1. Kopię dokumentu stwierdzającego wpis do rejestru praktyki prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską i kopię aktualnego zaświadczenia o wpisie do działalności gospodarczej wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
2. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w tym prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów, dyplom posiadanej specjalizacji/dokumenty potwierdzające kontynuowanie szkolenia specjalizacyjnego, certyfikaty/zaświadczenia o posiadanych umiejętnościach i kompetencjach, itp.
3. Kserokopię aktualnego orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych.
4. Umowę ubezpieczenia lub oświadczenie o zobowiązaniu się do zawarcia takiej umowy ubezpieczenia, najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej u Udzielającego zamówienia zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. (D.U.2011.293.1729).

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis oferenta)

.....

(Pieczęć oferenta)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a

.....,

zamieszkały/a

.....,

świadomy odpowiedzialności karnej wynikające z art. 233 §1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

- nie byłem/łam karany/a za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe,
- nie jest prowadzone przeciwko mnie postępowanie ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe,
- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych.

.....

czytelny podpis

.....

miejsowość, data

.....
(Pieczęć oferenta)

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert opublikowanych przez Wojewódzką Stację Ratownictwa Medycznego w Łodzi, dotyczącego konkursu w zakresie stanowiącym przedmiot oferty.
2. Zapoznałem się z projektem umowy przygotowanym przez Udzielającego zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. Pozostanę związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Umowę będę realizował zgodnie z obowiązującymi przepisami Narodowego Funduszu Zdrowia.
6. Nie jestem zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o izbach lekarskich.
7. **Nie jestem/jestem* pracownikiem Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi. W przypadku wybrania mojej oferty w postępowaniu konkursowym zobowiązuję się do rozwiązania umowy o pracę przed zawarciem umowy na wykonywanie świadczeń lekarskich w zakresie stanowiącym przedmiot konkursu.**
8. Zostałem poinformowany, że:
 - a) Administratorem danych osobowych przekazanych w ofercie jest Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (zwany dalej WSRM);
 - b) Moje dane osobowe są zbierane i przetwarzane przez WSRM w celu podpisania oraz realizacji umowy (art. 6 ust. 1 lit. b *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych*);
 - c) Dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do rozstrzygnięcia konkursu, a w razie wybrania oferty - przez czas niezbędny do realizacji umowy oraz ewentualnego dochodzenia roszczeń z niej wynikłych;
 - d) Mam prawo do dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także do przenoszenia danych;
 - e) Przysługuje mi skarga do organu nadrzędnego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
 - f) Podanie danych osobowych jest warunkiem zawarcia i wykonania umowy;
 - g) Udzielający zamówienia ma prawo do treści tych danych oraz żądania ich poprawiania i dane te mogą być udostępnione na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis oferenta)

* **właściwe podkreślić**

.....
Pieczęć oferenta

Zobowiązuję się:

1. do udzielania świadczeń, z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
2. do udzielania świadczeń zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia i harmonogramem udzielania świadczeń ustalonym przez Dział Planowania i zatwierdzonego przez Dyrektora ds. Medycznych;
3. do zawarcia umowy w ciągu 14 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku;
4. do poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, z którym ogłaszający postępowanie konkursowe podpisał umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.D.U.2019.1373 z późn. zm.).

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis oferenta)