

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
„SZPITAL POWIATOWY” IM. BŁ. MARTY WIECKIEJ
W BOCHNI**

32-700 Bochnia, ul. Krakowska 31

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....

(nazwa i siedziba zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, lub imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

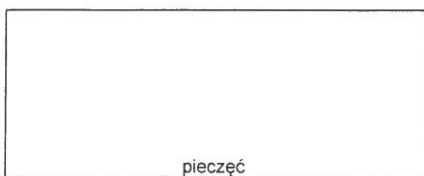
Adres do korespondencji:

.....

.....Tel.

UWAGA:

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
3. Do oferty należy załączyć:
 - o kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
 - o kserokopię odpisu z właściwego rejestru,
4. Dokumenty świadczące o kwalifikacjach (dotyczy podmiotów prowadzących działalność leczniczą w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej)- tj. prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów, dyplomy specjalizacyjne lub kartę szkolenia specjalizacyjnego, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.
5. wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej– dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, spółką jawną lub spółką partnerską jako grupowa praktyka lekarska.
6. Nie dostarczenie dokumentów poświadczających posiadane kwalifikacje spowoduje odrzucenie oferty.



I. WYKONYWANIE DYŻURÓW LEKARSKICH :

☐ 1. W Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w ilości min.
godzin miesięcznie.

w SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej



II.

DYŻURY LEKARSKIE W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

1. za dyżur lekarski w dni powszednie od poniedziałku do piątku (oprócz wymienionych w pkt. 3) w godzinach od 15.05 do 7.30 w zł / h. :
 - a. w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji*: stawka
(słownie zł)
 - b. w przypadku lekarza z I stopniem specjalizacji lub z 3-letnim stażem pracy * stawka
(słownie zł)
 - c. w przypadku lekarza ze stażem pracy do 3 lat (po LEP)* stawka
(słownie zł)
2. za dyżur lekarski w sobotę, niedzielę i święta (oprócz wymienionych w pkt. 4) w godzinach od 7.30. do 7.30 w zł / h. :
 - a. w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji*: stawka
(słownie zł)
 - b. w przypadku lekarza z I stopniem specjalizacji lub z 3-letnim stażem pracy * stawka
(słownie zł)
 - c. w przypadku lekarza ze stażem pracy do 3 lat (po LEP)* stawka
(słownie zł)
3. za dyżur lekarski w dniach 24 i 31 grudnia w godzinach od 15.05 do 7.30 w zł / h. :
 - a. w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji*: stawka
(słownie zł)
 - b. w przypadku lekarza z I stopniem specjalizacji lub z 3-letnim stażem pracy * stawka
(słownie zł)
 - c. w przypadku lekarza ze stażem pracy do 3 lat (po LEP)* stawka
(słownie zł)
4. za dyżur lekarski w dniach 1 stycznia, I i II dzień Świąt Wielkanocy, I i II dzień Świąt Bożego Narodzenia w godzinach od 7.30. do 7.30 w zł / h. :
 - a. w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji*: stawka
(słownie zł)
 - b. w przypadku lekarza z I stopniem specjalizacji lub z 3-letnim stażem pracy * stawka
(słownie zł)
 - c. w przypadku lekarza ze stażem pracy do 3 lat (po LEP)* stawka
(słownie zł)

5. za dyżur lekarski w dni powszednie od poniedziałku do w godzinach od 7.30 do 15.05 w zł / h. :
- a. w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji*: stawka
(słownie zł)
- b. w przypadku lekarza z I stopniem specjalizacji lub z 3-letnim stażem pracy * stawka
(słownie zł)
- c. w przypadku lekarza ze stażem pracy do 3 lat (po LEP)* stawka
(słownie zł)

Oświadczam, że :

- 1) świadczenia wykonywane będą w SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,
- 2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia,
- 3) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

4) Data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta

oraz, że zapoznałem się z treścią:

- 1) ogłoszenia,
- 2) przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 3) szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO),
- 4) projektem umowy i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń

UWAGA : W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy na ofercie ciąży obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Załącznikami do niniejszej oferty są :

1.
2.
3.
4.
5.

Data :

Podpis i pieczęć oferenta :

