

FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju:
PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA,
w zakresie **LEKARZ SPECJALISTA MEDYCYNY RODZINNEJ**

Pełna nazwa oferenta:

.....

Adres oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

Numer telefonu.....

Adres e-mail

Numer NIP.....

Numer REGON.....

Numer właściwego rejestru

Numer KRS.....

Niniejszym zgłaszamy gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

1. Niniejszym oświadczam/y, że:

- 1) zapoznałem/liśmy się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert w przedmiocie konkursu i nie wnoszę/simy do nich zastrzeżeń oraz uzyskałem/liśmy wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
- 2) spełniam/y niezbędne warunki w zakresie kwalifikacji personelu,
- 3) czuję/emy się związani niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
- 4) zapoznałem/liśmy się z warunkami umowy określonymi w załączniku do SWKO i akceptujemy je bez zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,
- 5) zobowiązuję/emy się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
- 6) że nie zostałem/lismy skazany/i za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie/nas postępowanie karne za przestępstwo umyślne.

2. Personel udzielający świadczeń będących przedmiotem konkursu ofert:

l.p.	Imię, nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu

3. Proponuję/emy następujące ceny na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

Kryterium cenowe

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena za każdą zakończoną godzinę świadczenia usługi/brutto/PLN	Oferowana średniotygodniowa liczba godzin świadczenia usługi (nie mniej niż 32 godziny średniotygodniowo)
1	świadczenia lekarza specjalisty medycyny rodzinnej/lekarza POZ		

Kryterium niecenowe

l.p.	Kryterium	TAK*	NIE*	UWAGI
1	posiadanie tytułu naukowego			
2	posiadanie doświadczenia zawodowego w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w danym zakresie powyżej 10 lat			
3	doświadczenie w wykonywaniu zadań kierownika specjalizacji w rozumieniu art. 16m ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty			
4	udzielanie świadczeń będących przedmiotem konkursu ofert w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia przez okres co najmniej 5 lat			

*zaznaczyć X właściwą odpowiedź

4. Do formularza ofertowego dołączam oryginały/kserokopie dokumentów:

- a) aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, obejmujące przypadki przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażeń wirusem HIV i WZW),
- b) aktualne prawo wykonywania zawodu,
- c) dokumenty potwierdzające posiadanie stosownych do zakresu świadczeń zdrowotnych kwalifikacji zawodowych tj. specjalizacji z wybranego zakresu medycyny, tytuł naukowy oraz certyfikaty potwierdzające nabycie umiejętności zawodowych,
- d) oświadczenie o posiadanym doświadczeniu zawodowym w dziedzinie będącej przedmiotem konkursu (lata pracy),
- e) oświadczenie o udzielaniu świadczeń będących przedmiotem konkursu ofert w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia przez okres co najmniej 5 lat,
- f) oświadczenie o zobowiązaniu do świadczenia usługi od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00, za wyjątkiem sobót, niedziel i dni ustawowo wolnych od pracy, w wymiarze co najmniej 32 godziny średniotygodniowo, zgodnie z ustalonym harmonogramem.

Wzór oświadczenia, o których mowa w punkcie d), e), f) stanowi załącznik do niniejszego Formularza.

.....
Data i Podpis Oferenta