

OFERTA

Dane o ofercie

.....

.....

.....

/imię i nazwisko lub nazwa, adres/

W związku z ogłoszeniem o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez lekarzy w ramach **umowy kontraktowej** :

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oferta obejmuje wykonywanie wszystkich czynności związanych z przedmiotem postępowania.
3. Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia w rodzaju:

3.1. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień:**3.1.1. Kierowanie Oddziałem Szpitalnym**

..... przez lekarza specjalistę psychiatrii w liczbie max godzin, przyzł/godz. brutto.

3.1.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza:

3.1.2.1. W Oddziałach Szpitalnych psychiatrycznych w liczbie max godzinzł/godz. brutto (przez lekarza specjalistę psychiatrii, I st. specjalizacji psychiatrii, w trakcie specjalizacji z psychiatrii, lekarza specjalistę neurologa)*

3.1.2.2. W Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym w liczbie godzin – kwota ryczałtu miesięcznegozł. brutto (przez lekarza specjalistę psychiatrii, I st. specjalizacji psychiatrii, w trakcie specjalizacji z psychiatrii, lekarza specjalistę neurologa)*

3.1.2.3. W Izbie Przyjęć Szpitala w zakresie medycznych dyżurów w dni powszednie w godz. 14:35 – 7:00 oraz w sobotę, niedzielę i święta, w liczbie max godzinzł/godz. brutto (przez lekarza specjalistę psychiatrii, I st. specjalizacji psychiatrii, w trakcie specjalizacji z psychiatrii)*

3.1.3. Udzielanie porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych:

W Poradni Zdrowia Psychicznego, Poradni Leczenia Uzależnień * w liczbie godzin, przy stawce brutto 50% ceny za punkt jednostkowy rozliczeniowy, zakontraktowany z NFZ .

3.2. Rehabilitacja lecznicza:

3.2.1. Kierowanie Oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii w liczbie godzin, przyzł/godz. brutto.

3.2.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej w liczbie max godzinzł/godz. brutto (przez lekarza specjalistę z dziedziny neurologii)

3.3. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna:**3.3.1. Udzielanie porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych:**

W Poradni Neurologicznej dla Dorosłych* w liczbie godzin – przy stawce brutto 50% ceny za punkt jednostkowy rozliczeniowy, zakontraktowany z NFZ (przez lekarza specjalistę z dziedziny neurologii).

4. Informacje dodatkowe:

.....

.....

5. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 2 do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach. (W przypadku zastrzeżeń do postanowień projektu umowy - załączyć na piśmie propozycje innych zapisów).
6. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji umowy.
8. ZAŁĄCZNIKI:
 - (1) Dyplom ukończenia studiów medycznych.
 - (2) Dokument potwierdzający uzyskane specjalizacje.
 - (3) Inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.
 - (4) Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
 - (5) Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
 - (6) Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG.
 - (7) Poświadczona kserokopia polisy OC lub w przypadku braku w chwili podpisania zobowiązanie do posiadania polisy OC w chwili rozpoczęcia świadczenia usług tj. od dnia 01.01.2018r.
 - (8) Oświadczenie oferenta, iż posiada aktualne badania lekarskie, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz aktualne szkolenia w zakresie BHP.

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć oferenta

* niepotrzebne skreślić

