

Oferta

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług lekarskich nad pacjentami w **oddziale rehabilitacji neurologicznej** w tym **kierowanie oddziałem rehabilitacji neurologicznej, pełnienie dyżurów w oddziale neurologiczno-udarowym oraz poradni neurologicznej, udzielanie konsultacji internistycznych pacjentom oddziału neurologicznego i udarowego** w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie.

I. Dane o oferencie:

Imię i nazwisko:

Prawo wykonywania zawodu nr wydane przez.....

Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Nazwa działalności:

Adres:

NIP REGON

Dane do kontaktu telefon lub e-mail

II. Proponowane warunki -kryterium oceny:

A. CENA

Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

Za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza wg harmonogramu w zł . :

Stawka:

- za 1 h udzielania świadczeń w godzinach 7.00.-14.35.....
- za 1 h udzielania świadczeń (dyżurów)
- inne warunki wynagrodzenia(np. z tytułu kierowania oddziałem)
.....
.....
.....
.....
.....

B. W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

•W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.

•Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe)
.....
.....
.....

•W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym **zakresie** :

1. w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-14.35. (wymienić dni tygodnia)

.....
2. w zakresie liczby godzin i dyżurów w miesiącu:
.....

- w dni wolne i świąteczne dyżury.

W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

Okres trwania umowy 3 lata –

Okres trwania umowy mniej niż 3 lata, ale nie mniej niż 3 miesiące –

UWAGA: Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

III. Proponowany czas trwania umowy:

IV. Załączniki:

1. Dyplom: lekarza, lekarza specjalisty, prawo wykonywania zawodu.
2. Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
3. Wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej.
5. Orzeczenie lekarskie o braku p/wskazań do pracy, szkolenia Bhp.
6. Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje i doświadczenie.
7. inne dokumenty

V. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią projektu umowy.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że jestem związany z oferta przez 30 dni.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że: wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie dla celów postępowania konkursowego oraz potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń medycznych określonych w ofercie, zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.
7. W przypadku wyboru mojej oferty i podjęcie decyzji o zawarciu umowy:

- akceptuję fakt, iż przed zawarciem umowy Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie uzyska informację czy moje dane są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub rejestrze osób w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze,
- zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania danych niezbędnych do weryfikacji w ww. Rejestrze oraz do doręczania (przed zawarciem umowy) dokumentów wymaganych na podstawie ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym,
- akceptuję fakt, iż podpisanie umowy i rozpoczęcie wykonywania świadczeń uzależnione jest od wypełniania obowiązków wynikających z ww. Ustawy.

VI. INNE:

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez udzielającego Zamówienie harmonogramem.
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

.....
data

.....
podpis oferenta

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów
Opieki Zdrowotnej w Staszowie
Paweł Wojtasik

