

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja medyczna oraz kardiologia przez lekarzy na oddziale rehabilitacji pulmonologicznej/ oddziale rehabilitacji kardiologicznej oraz poradni kardiologicznej Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu sp. z o.o. w okresie od do

1. Dane oferenta

- a) Imię i nazwisko:
- b) Pesel
- c) Adres zamieszkania:
- d) Adres do korespondencji:
- e) Numer telefonu:
- f) Adres e – mail:
- g) Nr prawa wykonywania zawodu.....
- h) Pełna dokładna nazwa praktyki lekarskiej
- i) Nr rejestracyjny w Izbie Lekarskiej / Nazwa Izby Lekarskiej
- j) REGON/NIP :

2. Kwalifikacje zawodowe (zaznaczyć właściwą):

- 1) Lekarz posiadający tytuł specjalisty rehabilitacji medycznej
- 2) Lekarz posiadający tytuł specjalisty kardiologa
- 3) Lekarz specjalista w innej dziedzinie medycyny w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej
- 4) Lekarz specjalista w innej dziedzinie medycyny w trakcie specjalizacji z kardiologii
- 5) Lekarz bez ukończonej specjalizacji w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej
- 6) Lekarz bez ukończonej specjalizacji w trakcie specjalizacji z kardiologii

3. Zakres świadczeń oraz oferta cenowa

A. Realizacja świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja medyczna przez lekarzy na oddziale rehabilitacji pulmonologicznej

- 1) Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja medyczna przez lekarzy na oddziale rehabilitacji pulmonologicznej Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu sp. z o.o. w okresie od do
- 2) Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w powyższym zakresie w wymiarze nie mniejszym niż godzin miesięcznie.
- 3) Proponuję wynagrodzenie miesięczne ryczałtowezłotych brutto

Świadczenia będę pełnił w ramach umowy (proszę zaznaczyć właściwe):

- Kontraktowej (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej).



- zlecenie /bez konieczności odprowadzenia składek ZUS/
- zlecenie /z koniecznością odprowadzenia składek ZUS/

B. Realizacja świadczeń zdrowotnych w rodzaju kardiologa przez lekarzy na oddziale rehabilitacji kardiologicznej oraz w poradni kardiologicznej

- 1) Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w rodzaju kardiologia przez lekarzy na oddziale rehabilitacji kardiologicznej oraz w poradni kardiologicznej Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu sp. z o.o. w okresie od do
- 2) Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w powyższym zakresie w wymiarze nie mniejszym niż godzin miesięcznie na oddziale rehabilitacji kardiologicznej oraz w wymiarze nie mniejszym niż..... godzin miesięcznie w poradni kardiologicznej
- 3) Proponuję wynagrodzenie:
 - miesięczne ryczałtowe w wysokości za pracę na oddziale rehabilitacji kardiologicznej
 - w wysokości% wartości wypracowanych przeze mnie punktów rozliczeniowych w danym miesiącu w poradni, zgodnie z ich wyceną określoną przez Narodowy Fundusz Zdrowia,

Świadczenia będę pełnił w ramach umowy (proszę zaznaczyć właściwe):

- Kontraktowej (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej).
- zlecenie /bez konieczności odprowadzenia składek ZUS/
- zlecenie /z koniecznością odprowadzenia składek ZUS/

4. Oświadczenia

- 1) Oświadczam, że jestem gotowy(a) do udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja medyczna / kardiologia przez lekarzy na oddziale rehabilitacji pulmonologicznej / oddziale rehabilitacji kardiologicznej oraz w poradni kardiologicznej Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu sp. z o.o.
- 2) Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia i warunków konkursu a także wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę zastrzeżeń.
- 3) Oświadczam, że przesłane kopie dokumentów są zgodne z ważnym, aktualnym oryginałem.
- 4) Oświadczam, że nie jestem zawieszony(a) w prawie wykonywania zawodu, ani ograniczony(a) w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o izbach lekarskich.
- 5) Oświadczam, że nie jestem ukarany(a) karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

- 6) Oświadczam, że nie jestem pozbawiony(a) możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony(a) w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
- 7) Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą i jestem wpisany/a do ewidencji działalności gospodarczej*.
- 8) -Oświadczam, że jestem wpisany/a do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich prowadzonych przez Okręgową Izbę Lekarską
- 9) Zobowiązuję się przed podpisaniem umowy do przedłożenia Udzielającemu Zamówienie aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wystawionego przez lekarza medycyny pracy, poświadczającego, iż mój stan zdrowia pozwala na udzielanie świadczeń zdrowotnych;

*- jeśli niepotrzebne skreślić

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej potwierdzam prawidłowość podanych danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu sp. z o.o. zawartych w przesłanych dokumentach dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016,)

(miejsowość, data)

(podpis i pieczętka Oferenta)

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta kopie):

- 1) prawo wykonywania zawodu;
- 2) dyplom specjalizacji rehabilitacji medycznej albo aktualne zaświadczenie o otwarciu specjalizacji rehabilitacji medycznej wraz z pisemnym potwierdzeniem przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiającym samodzielną pracę; albo:
- 3) dyplom specjalizacji z kardiologii albo aktualne zaświadczenie o otwarciu specjalizacji z kardiologii wraz z pisemnym potwierdzeniem przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiającym samodzielną pracę
- 4) polisa OC lub pisemne zobowiązanie Oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielanie zamówienia (art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz.U.2018r.,poz.160).

(miejsowość, data)

(podpis i pieczętka Oferenta)



SPRAWDZONO
pod względem formalnym i prawnym
Ewa Bosa-Czarkowska
RADCA PRAWNY

