

## FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### 1. Dane oferenta

A. Podmiot wykonujący działalność leczniczą;

Nazwa i siedziba .....

Nazwa rejestru ..... nr .....

NIP .....

B. Nr prawa wykonywania zawodu.

C. Specjalizacja: .....

D. Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie :

1. Udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii i certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych, lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii, lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii, lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii, lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i reanimacji, lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii pacjentom Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych i pacjentom Oddziału Terapii Uzależnień w Ośrodku Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych w czasie od godz.7.00 do godz. 14.30 w dni powszednie :

oferowana cena .....

| Dostępność (proszę zaznaczyć dzień tygodnia) |        |       |          |        |
|--|--------|-------|----------|--------|
| Poniedziałek                                 | Wtorek | Środa | Czwartek | Piątek |
|  |        |       |          |        |

Deklarowana dostępność w miesiącu ( ilość dni) .....

2. Udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza posiadającego specjalizację w innej dziedzinie niż wymienione w pkt.1 lub nie posiadającego specjalizacji, pacjentom Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych i pacjentom Oddziału Terapii Uzależnień w Ośrodku Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych w czasie od godz.7.00 do godz. 14.30 w dni powszednie :

oferowana cena .....

| Dostępność (proszę zaznaczyć dzień tygodnia) |        |       |          |        |
|--|--------|-------|----------|--------|
| Poniedziałek                                 | Wtorek | Środa | Czwartek | piątek |
|  |        |       |          |        |

Deklarowana dostępność w miesiącu ( ilość dni) .....

3. Pełnienia dyżurów lekarskich w Ośrodku Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych,

1) oferowana cena za dyżur 16 godz. 30 minut .....

| Dostępność (proszę zaznaczyć dzień tygodnia) |        |       |          |        |
|--|--------|-------|----------|--------|
| Poniedziałek                                 | Wtorek | Środa | Czwartek | piątek |
|  |        |       |          |        |

Ilość deklarowanych dyżurów w miesiącu .....

2) oferowana cena za dyżur 24 godzinny .....

Ilość deklarowanych dyżurów w miesiącu .....

3) oferowana cena za dyżur extra .....  
Deklarowane dni dyżurów w okresie od 1.06.2019r. do 31.12.2020r. ....

4) oferowana cena za godzinę pracy poza dyżurem .....

Wynagrodzenie określone w pkt. 1-3 jest wynagrodzeniem ryczałtowym.

E. Oświadczenia:

- 1) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam, że byłem(em)\* / nie byłem(em)\* karana(y) za przewinienia zawodowe ani inne przestępstwa.
- 3) Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą oraz doświadczeniem.
- 4) Oświadczam, że złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
- 5) Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w miejscu i terminie wyznaczonym przez organizatora konkursu.
- 6) Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w umowie z Udzielającym zamówienia,
- 7) Oświadczam, że przez okres udzielania świadczeń zobowiązuję się do posiadania aktualnej polisy ubezpieczeniowej OC obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz z tytułu zdarzeń medycznych określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

F. Do niniejszej oferty dołączam:

- 1) dyplom ukończenia studiów
- 2) zezwolenie i numer wpisu do rejestru prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską;
- 3) polisę ubezpieczeniową OC na kwotę określoną w § 3 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r . w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.(Dz. U. z 2011r. Nr 293 poz. 1729);
- 4) prawo wykonywania zawodu;
- 5) dokumenty potwierdzające posiadaną (-e) specjalizację (-e),
- 6) dokument potwierdzający posiadanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień,
- 7) wydruk wpisu ze strony [www.ceidg.gov.pl](http://www.ceidg.gov.pl) lub innego rejestru.

Dokumenty wymienione w cz.F pkt 1-6 powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta

Jednocześnie oświadczam, że na wezwanie Zamawiającego przedstawię oryginały składanych dokumentów.

.....  
podpis oferenta

\* niepotrzebne skreślić