

.....
(miejsowość, data)

Pieczęć Oferenta:

Szpital Wojewódzki im. Prymasa
Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Sieradzu
ul. Armii Krajowej 7
98-200 Sieradz

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych
przez lekarza psychiatrę

w Centrum Psychiatrycznym w Warcie w zakresie:

- świadczenia usług na oddziale w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej
- pełnienia dyżurów lekarskich 17 i 24-godzinnych
- świadczenia usług w Poradniach

I. Dane Oferenta

1) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą

.....
.....

2) Imię.....

3) Nazwisko.....

4) PESEL.....

5) Nr prawa wykonywania zawodu.....

6) NIP.....REGON.....

7) Adres zamieszkania

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....

8) Tel. Kontaktowy

II. Kwalifikacje zawodowe Oferenta:

- Specjalizacja II stopnia z zakresu psychiatrii
- Specjalizacja I stopnia z zakresu psychiatrii
- Odbywanie specjalizacji z zakresu psychiatrii

III. Doświadczenie w pracy/udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym procedura konkursową:

| <u>W oddziale szpitalnym</u> | <u>Dyżur medyczny</u> | <u>w Poradniach CP w Warcie</u> |
|---|---|---|
| • 1-5 lat <input type="checkbox"/> | • 1-5 lat <input type="checkbox"/> | • 1-5 lat <input type="checkbox"/> |
| • 6-15 lat <input type="checkbox"/> | • 6-15 lat <input type="checkbox"/> | • 6-15 lat <input type="checkbox"/> |
| • powyżej 15 lat <input type="checkbox"/> | • powyżej 15 lat <input type="checkbox"/> | • powyżej 15 lat <input type="checkbox"/> |

IV. Proponowana stawka za jedną godzinę:

a) świadczeń zdrowotnych w oddziałach w Centrum Psychiatrycznym w Warcie

- ✓ od godziny 8.00 do godziny 15.35 – w dni robocze cena brutto zł za 1/h
- ✓ 15.35 do godziny 8.00 dnia następnego – w dni robocze, oraz od godziny 8.00 do godziny 8.00 dnia następnego - w dni wolne od pracy i święta - (dyżur medyczny) cena brutto.....zł za 1/h

b) świadczeń zdrowotnych w Poradniach Zdrowia Psychicznego

- ✓ za cenę bruttozł za punkt

V. Proponowana liczba godzin/punktów udzielania świadczeń miesięcznie na rzecz Udzielającego zamówienie

| <u>W oddziale szpitalnym</u> | <u>Dyżur medyczny</u> | <u>w Poradniach CP w Warcie</u> |
|--|--|--|
| • 40 – 80 <input type="checkbox"/> | • 0-23 <input type="checkbox"/> | • 0/ tyg. <input type="checkbox"/> |
| • 81 -120 <input type="checkbox"/> | • 24-48 godz./ miesiąc <input type="checkbox"/> | • 1-3 godz./ tyg. <input type="checkbox"/> |
| • 121 -160 <input type="checkbox"/> | • 49- 96 godz./ miesiąc <input type="checkbox"/> | • 4-8 godz./ tyg. <input type="checkbox"/> |
| • powyżej 160 <input type="checkbox"/> | • powyżej 96 godz./ miesiąc <input type="checkbox"/> | • powyżej 8 godz./ tyg. <input type="checkbox"/> |

VI. Proponowany czas trwania umowy: od..... do.....

VII. Oświadczenie Oferenta:

Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO, kryteriami oceny ofert, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

.....
(data złożenia oświadczenia)

.....
(czytelny podpis oferenta)

Załączniki:

- 1) kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ***
- 2) wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej lub aktualne zaświadczenie o wpisie do KRS ***/**/*
- 3) kopie dokumentów (dyplom ukończenia Uniwersytetu/Akademii Medycznej, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadanych specjalizacji lub dokumentu potwierdzającego rozpoczęcie specjalizacji, co najmniej 2 roku – w tym przypadku zgodę kierownika specjalizacji na samodzielne pełnienie dyżurów medycznych)** lub przedłożenie wykazu osób uczestniczących przy realizacji zamówienia z podaniem kwalifikacji*
- 4) kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy * * */**/*
- 5) kopia Statutu jednostki*
- 6) zaświadczenia z przeszkolenia w zakresie bhp i p.poż. **/****
- 7) kopia skierowania na badania lekarskie (wstępne, okresowe, kontrolne) oraz aktualnego zaświadczenia od lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań do udzielania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych oraz aktualnego zaświadczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych lub złożenie oświadczenia o przedłożeniu zaświadczeń do dnia rozpoczęcia działalności* */****
- 8) oświadczenia * * */**/*
- 9) pełnomocnictwo do podpisania i złożenia oferty wraz z wszystkimi załącznikami *

* * * dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą

* * dotyczy indywidualnych/ indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich

* dotyczy podmiotów leczniczych