

.....
(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 dzieci i młodzieży
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 Poradni

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 dzieci i młodzieży
- Specjalizacja I stopnia z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży
- Odbywanie specjalizacji z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży

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 udzielania świadczeń zdrowotnych

a) świadczeń zdrowotnych w oddziale 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