

20

* w przypadku oferty składanej przez podmiot leczniczy zatrudniający personel medyczny, który będzie udzielał świadczeń w zakresie objętych postępowaniem konkursowym należy przedstawić dane w zdanym zakresie odrębnie dla każdej z osób, które będą udzielać świadczeń; dane, wraz z informacjami odnoszącymi się do tych osób, można przedstawić w zestawieniu tabelarycznym

(miejscowość, data)

(pieczęćka, podpis Oferenta)

Jeżeli w okresie obowiązywania niniejszej umowy z Udzielającym Zamówienie nie zostanie zawarty kolejny kontrakt lub kontrakt w zakresie objętym niniejszym postępowaniem konkursowym, umowa zawarta z wybranym Oferentem wygasnie najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania kontraktu z NFZ.

Okres obowiązywania umowy: czas realizacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez Udzielającego Zamówienie w ramach kontraktu z NFZ i innych umów z zakresu neurologii w rodzaju leczenie szpitalne.

6. TERMIN REALIZACJI:

Dopuszcza się możliwość negocjacji częstotliwości i terminu płatności.

W przypadku nie przedstawienia faktury/rachunku do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia, płatność nastąpi do 60 dni od przedstawienia faktury/rachunku.

Jeżeli prawidłowo sporządzona faktura za dany miesiąc po potwierdzeniu jej przez właściwą sekretarkę medyczną zostanie przedłożony do jednego z Sekretariatów/Kancelarii Udzielającego zamówienie w terminie wskazanym w zdanu poprzednim, wypłata należności nastąpi na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie do 30 dni od jej złożenia.

Fakturę/rachunek wystawia się raz w miesiącu, nie wcześniej niż ostatniego dnia miesiąca, w którym udzielane były świadczenia. Termin złożenia faktury upływa 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia.

5. WARUNKI PŁATNOŚCI

Świadczenia udzielane będą w lokalu Udzielającego zamówienia.

4. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

6. Oferowana maksymalna liczba punktów wykonanych miesięcznie.....

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że:
- a. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
 - b. otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
 - c. akceptuję projekt umowy.
2. **Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w złożonej Ofercie, przez Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o. o. w restrykturyzacji 41-219 Sosnowiec, ul. Szpitalna 1 w okresie 30 dni od ostatniego dnia składania ofert wyznaczonego przez Udzielającego Zamówienie na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego.**
3. W przypadku, gdy będę związany stosunkiem pracy z Udzielającym zamówienia, a moja oferta zostanie wyłoniona w konkursie (w przypadku osobistego udziałania świadczeń) zobowiązuję się do rozwiązania umowy o pracę przed dniem zawarcia umowy o świadczenia zdrowotne i oświadczam, że do porozumienia stron przystąpię dobrowolnie i nie będę rościł jakichkolwiek pretensji, z tytułu rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron.
4. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w najbliższym możliwym czasie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez Udzielającego zamówienie;
5. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych, oświadczam, że:
- a. wszystkie umowy zawarte z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą były i są realizowane przez Oferenta należyte,
 - b. w ciągu ostatnich 5 lat, nie wnoszono wobec Oferenta skarg odnoszących się do realizacji umów z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.
6. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Śląskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ w zakresie sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych ofertą.
7. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
8. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
9. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty, jakie Zamawiający zobowiązany będzie w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

(miejscowość, data)

(pieczęćka, podpis Oferenta)

20
4

..... (miejscowość, data)

..... (nazwa przedsiębiorstwa/ nazwisko i imię – osoba fizyczna)

.....
..... (adres)

NIP
Regon

PeSEL
..... (tel. kontaktowy)

**OSWIADCZENIE LEKARZA UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEN NA RZECZ
SOSNOWIECKIEGO SZPITALA MIEJSKIEGO SP. Z O. O. W RESTRUKTURYZACJI**

Oświadczam, iż na dzień składania niniejszej informacji posiadam ważne prawo wykonywania zawodu, którego nie zostałem/am pozbawiony/a ani które nie zostało zawieszona, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, mój stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu lekarza, nie byłem/am karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej albo wszczęte przez okręgową radę lekarską mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu ani ograniczeniem w wykonywaniu określonych czynności.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego powiadomienia o zmianach powyższego statusu.

Jestem świadomy o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

..... (czytelny podpis osoby upoważnionej)

FORMULARZ CENOWY

ZAKRES: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy z zakresu kardiologii w Poradni kardiologicznej

Zakres	Szacunkowa ilość godzin do zabezpieczenia miesięcznie	Proponowana ilość pkt możliwych do wykonania miesięcznie przez Oferenta	Proponowana ilość godzin do wykonania w tygodniu	Cena jednostkowa brutto za pkt proponowana przez Oferenta
1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii w poradni kardiologicznej przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie kardiologii lub hipertensjologii.	3 37 239 pkt	4pktgodz.	5zł brutto/pkt /% stawki NFZ

Oferent deklaruje :

Gotowość do realizacji świadczeń w godzinach popołudniowych w wymiarzegodz.

.....
(podpis Oferenta)

.....dnia.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 5 do Szczegółowych warunków konkursu nr 02.107/2023

Sosnowiec, dn.

Oświadczenie

Oświadczam, że zobowiązuję się do posiadania umowy polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w związku z udzieleniem lub zaniechaniem udzielenia świadczeń zdrowotnych określonych w paragrafach poprzedzających na kwotę

.....
(wpisać kwotę dotyczącą zakresu na który składana jest oferta)

1. Obowiązek ubezpieczenia powstanie najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień podpisania umowy.
2. Okazę przy podpisywaniu umowy polisę ubezpieczeniową oraz dostarczę jej kserokopię.

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

10

Przedmiot: *Matematyka*

Temat: *Wykład*

Wzrost: *170 cm*

Przedmiot: *Matematyka*

Temat: *Wykład*

Przedmiot: *Matematyka*

Wykład