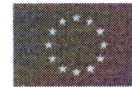




Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 1
do Szczegółowych warunków konkursu nr 05/12/2019/36

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

FORMULARZ OFERTY

1. DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:

1. Firma / Imię i Nazwisko
-
2. Siedziba / adres zamieszkania
3. Oznaczenie we właściwym rejestrze / nr wpisu do rejestru /OIL /
.....
4. NIP
5. Regon
6. opcjonalnie: tel. kontaktowy (fax)
7. opcjonalnie: e-mail

2. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY:

Rodzaj świadczeń: **Dzienny Dom Opieki Medycznej**

3. OPIS KOMPETENCJI *:

1. Tytuł zawodowy
2. Nr prawa wykonywania zawodu
3. Dziedzina i stopień specjalizacji
4. Informacje o specjalizacji w toku:
 - a) dziedzina specjalizacji
 - b) rok specjalizacji
5. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem / certyfikatem lub innym dokumentem)
.....
.....



.....
6. Oferowana maksymalna liczba godzin udzielanych miesięcznie.....

4. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Świadczenia udzielane będą w lokalu Udzielającego zamówienia.

5. WARUNKI PŁATNOŚCI

Fakturę/rachunek wystawia się raz w miesiącu, nie najpóźniej na 5 dni roboczych przed zakończeniem miesiąca, którego faktura/rachunek wraz z załącznikami dotyczy. Wypłata należności nastąpi na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie do ostatniego dnia miesiąca, w którym udzielane były świadczenia.

6. TERMIN REALIZACJI:

Okres obowiązywania umowy to 10 miesięcy

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka, podpis Oferenta)

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



Załącznik nr 2
do Szczegółowych warunków konkursu nr 05/12/2019/36

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., 41-219 Sosnowiec, ul. Szpitalna 1 w okresie 20 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 udzielania 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 należycie,
 - 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 ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć, podpis Oferenta)



Załącznik nr 3
do Szczegółowych warunków konkursu nr 05/12/2019/36

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres)

NIP

Regon

Pesel

.....
(tel. kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE LEKARZA UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ NA RZECZ
SOSNOWIECKIEGO SZPITALA MIEJSKIEGO SP. Z O. O.**

Oświadczam, iż na dzień składania niniejszej informacji posiadam ważne prawo wykonywania zawodu, którego nie zostałem/am pozbawiony/a ani które nie zostało zawieszono, 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)





Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Śląskie.

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 4.
do Szczegółowych warunków konkursu nr 05/12/2019/36

FORMULARZ CENOWY

Rodzaj świadczeń: Dzienny Dom Opieki Medycznej

Rodzaj udzielanych świadczeń	Szacunkowa ilość godzin do zabezpieczenia w okresie obowiązywania umowy (10 miesięcy)	Cena jednostkowa brutto zł za 1 godzinę
1	2	3
<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>

.....dnia.....

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Handwritten signature



Załącznik nr 5
do Szczegółowych warunków konkursu nr 05/12/2019/36

Sosnowiec, dn.

Oświadczenie

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

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

- d) Obowiązek ubezpieczenia powstanie najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień podpisania umowy.
- e) Okażę przy podpisywaniu umowy polisę ubezpieczeniową oraz dostarczę jej kserokopię.

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)



**Załącznik nr 6
do Szczegółowych warunków konkursu nr 05/12/2019/36**

.....
Nazwisko i imię

.....
miejscowość, data

.....
(adres)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że łączne zaangażowanie zawodowe, niezależnie od formy zaangażowania, w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych beneficjenta i innych podmiotów, nie przekracza 276 godzin miesięcznie. (Do ww. limitu wlicza się okres urlopu wypoczynkowego oraz czas niezdolności do pracy wskutek choroby).

.....
podpis pracownika

