

.....  
(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. dobrowolnie: tel. kontaktowy (fax) .....
7. dobrowolnie: e-mail .....

2. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY:

- a. Rodzaj świadczeń: leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna
- b. Zakres świadczeń: .....

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 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. Jeżeli prawidłowo sporządzona faktura za dany miesiąc wraz z kartą ewidencji świadczeń potwierdzoną przez sekretarkę medyczną zostanie przedłożona do Kancelarii Udzielającego zamówienie w terminie wskazanym w zdaniu poprzednim, wypłata należności nastąpi na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie do 30 dni od jej złożenia.

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. Dopuszcza się możliwość negocjacji częstotliwości i terminu płatności.

6. TERMIN REALIZACJI:

Okres obowiązywania umowy : czas realizacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez Udzielającego Zamówienie w ramach kontraktu z NFZ i innych umowach w Oddziale Chorób Wewnętrznych

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka, podpis Oferenta)

\* w przypadku oferty składanej przez podmiot leczniczy zatrudniający personel medyczny, który będzie udzielał świadczeń w zakresie objętym postępowaniem konkursowym należy przestawić 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

### 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 restrukturyzacji 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 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)

.....  
(pieczęćka, podpis Oferenta)

Załącznik nr 3 do Szczegółowych warunków konkursu nr 03 /03/2023

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

..... (miejsowość, data)

.....  
(adres)

NIP .....

Regon .....

Pesel .....

.....  
( tel. kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE LEKARZA UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ 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 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)

Załącznik nr 4 do Szczegółowych warunków konkursu nr 03/03/2023

FORMULARZ CENOWY

ZAKRES: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy z zakresu chorób wewnętrznych

1 Rodzaj udzielanych świadczeń	2 Szacunkowa ilość godzin do zabezpieczenia miesięcznie	3 Proponowana ilość godzin możliwych do udzielenia miesięcznie przez Oferenta	4 Cena jednostkowa zł brutto za godzinę proponowana przez Oferenta
Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chorób wewnętrznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz udzielanie konsultacji w innych oddziałach szpitalnych i izbie Przyjęć przez lekarzy specjalistów oraz lekarzy w trakcie specjalizacji zakresu chorób wewnętrznych.	460 godzin	W dni powszednie ..... W święta i dni wolne .....	W dni powszednie .....zł brutto/godz. W święta i dni wolne .....zł brutto/godz.

Oferent deklaruje :

1. Gotowość udzielania świadczeń w ordynacji podstawowej (godz. 8,00-16,00)
2. Gotowość udzielania świadczeń w formie dyżurów w
  - dni powszednie
  - święta i dni wolne

.....

.....  
(podpisy Oferenta)

.....dnia.....

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 5 do Szczegółowych warunków konkursu nr 03/PB/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	.....	2	.....
1	.....	2	.....

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

podpis i pieczęć Oferenta)



