



3. OPIS KOMPETENCJI *:
 a) Tytuł zawodowy

Zakres I: udzielanie świadczeń zdrowotnych przez techników elektroradiologii – wykonywanie TK i RTG
 Zakres II: udzielanie świadczeń zdrowotnych przez techników elektroradiologii – wykonywanie Mamografi!

2) Zakres świadczeń:
 1) Rodzaj świadczeń: Usługi obrazowania medycznego-wykonywane przez techników elektroradiologii wykonywanie badań TK, RTG, Mamografi!

2. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY:

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

FORMULARZ OFERTY

(pieczęć firmowa Oferenta)

- b) Nr prawa wykonywania zawodu
 c) Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem / certyfikatem lub innym dokumentem)

- d) Oferowana maksymalna liczba godzin udzielanych tygodniowo

 miesięcznie.....

e) Doświadczenie zawodowelat.

4. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Świadczenia udzielane będą w lokalu Udzielającego zamowienia przy ul. Szpitalnej 1 i Zegadłowicza 3

5. WARUNKI PŁATNOŚCI

Termin złożenia faktury/rachunku wraz z załącznikiem potwierdzonym przez przedstawiciela Udzielającego zamowienia upływa 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia. Jeżeli prawidłowo sporządzona faktura/rachunek wraz z załącznikiem za dany miesiąc zostanie przedłożony do kancelarii Udzielającego zamowienia w terminie, wypata należności nastąpi na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamowienie do 30 dni od daty złożenia.

6. TERMIN REALIZACJI

Od 1 listopada 2023r. na czas realizacji przez Udzielającego zamowienie świadczeń objętych zakresem niniejszej umowy w ramach kontraktu z NFZ i innych umowach. Jeżeli w okresie obowiązywania niniejszej umowy z Udzielającym Zamowienie 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)

(pieczęćka, 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 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 **
 ** niewłaściwie przekreślić



Załącznik nr 2 do Szczegółowych warunków konkursu nr .../09/2023

OSWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
- 2) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
- 3) 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 Udziałającego**

Zamówienie na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego.

3. W przypadku, gdy będę związany stosunkiem pracy z Udziałającym 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 Udziałającego Zamówienie na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez Udziałającego zamówienie;

5. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych, oświadczam, że: 1) wszystkie umowy zawarte z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą były i są realizowane przez Oferenta należyście, 2) 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 Udziałającym 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.

(miejscowość, data)

(pieczęćka, podpis Oferenta)



.....
(czytelny podpis osoby upoważnionej)

Jestem świadomy o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

o zmianach powyższego statusu.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego powiadomienia

wykonywania zawodu ani ograniczeniem w wykonywaniu określonych czynności.

przedmiocie odpowiedzialności zawodowej mogące skutkować zawieszeniem prawa

umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w

wykonywanie zawodu nie byłam/am karany/a za umyślne przestępstwo lub

zawieszone, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, mój stan zdrowia pozwala na

wykonywanie zawodu, którego nie zostałam/am pozbawiony/a ani które nie zostało

Oświadczam, iż na dzień składania niniejszej informacji posiadam ważne prawo

SOSNOWIECKIEGO SZPITALA MIEJSKIEGO SP. Z O. O. W RESTRUKTURYZACJI
OŚWIADCZENIE UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ NA RZECZ

.....
(tel. kontaktowy)

.....
Pesel

.....
Regon

.....
NIP

.....
(adres)

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

.....
(miejsowość, data)

Załącznik nr 3
do Szczegółowych warunków konkursu nr 1/09/2023

Załącznik nr 4 do Szczegółowych warunków konkursu nr **01.09/2023**

FORMULARZ CENOWY

Zakres: Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu radiologii przez techników elektroradiologii - godziny

Świadczenia	Szacunkowa ilość godzin do zabezpieczenia miesięcznie	Proponowana przez Oferenta ilość godzin do zabezpieczenia miesięcznie	Cena jedn. brutto zł/godz.
1	2		5
Zakres I: wykonywanie przez technika elektroradiologii badań TK i RTG.	240zł/godz
Zakres II: wykonywanie przez technika elektroradiologii Mammografii.	80zł/godz

.....dnia.....

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

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 podpisaniu umowy polisę ubezpieczeniową oraz dostarczę jej kserokopię.

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)



