

Załącznik nr 1 do SWKO Samodzielny Publiczny
Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach
im. Lecha i Marii Kaczyńskich -Pary Prezydenckiej
26-670 Pionki, ul. Sienkiewicza 29 (dalej też jako: SP
ZZOZ w Pionkach)

**FORMULARZ OFERTOWY W KONKURSIE OFERT NA UDZIELANIE
PACJENTOM SP ZZOZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE
ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDÓW RUCHU z użyciem własnego
artroskopu wraz z pozostawianiem poza zakładem leczniczym w gotowości do udzielania
świadczeń medycznych pacjentom Oddziału Chirurgicznego po wykonaniu planowych
zabiegów/procedur w zakresie ortopedii i traumatologii**

Nazwisko imię / Nazwa oferenta

.....

dres miejsce zamieszkania / adres miejsca siedziby

Nr NIP

NR REGON

Nr KRS

nr księgi rejestrowej podmiotów prowadzących działalność leczniczą prowadzony
przez Wojewodę / Okręgową Izbę lekarską
.....

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia SP ZZOZ z dnia
maja 2021 r. o konkursie ofert w sprawie udzielenia zamówienia na świadczenia
zdrowotne.
2. Niniejszym składam ofertę na udzielanie pacjentom Samodzielnego Publicznego
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Lecha i Marii Kaczyńskich – Pary
Prezydenckiej w Pionkach świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii
i traumatologii narządów ruchu.
3. Oferuję wykonywanie świadczeń w zakresie określonym powyżej przy użyciu
własnego artroskopu, do którego mam/mamy tytuł prawny ,umożliwiający bez
żadnych przeszkód wykonywanie świadczeń objętych ofertą w Oddziale Chirurgii
Ogólnej SPZZOZ Pionki przez cały okres obowiązywania umowy.
4. Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie
ortopedii i traumatologii narządów ruchu w Oddziale Chirurgii Ogólnej SP ZZOZ

Pionki w ramach umowy podpisanej z NFZ przez Udzielającego Zamówienie za wynagrodzeniem w wysokości% wartości rzeczywiście wykonanej procedury..... (proponowana stawka nie może przekraczać 40% wartości wykonanej procedury w zakresie ortopedii i traumatologii narządów ruchu) wraz z pozostawieniem w gotowości do udzielania świadczeń medycznych pacjentom Oddziału po wykonaniu planowych zabiegów i procedur za wynagrodzeniem w wysokości(proponowana stawka nie może przekraczać 3000 zł miesięcznie).

5. W przypadku wygrania konkursu zobowiązuję się zawrzeć umowę na wykonanie świadczeń zdrowotnych w okresie wskazanym w ogłoszeniu.

6. Oświadczam, że :

- 1) zapoznałem się z treścią:ogłoszenia,Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO) wzorem umowy (Załącznik nr 2 do SWKO),akceptuję ich treść i nie wnoszę do tych dokumentów żadnych zastrzeżeń.
- 2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z wzorem umowy, stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO, oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
- 3) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów postępowania konkursowego, zawarcia i realizacji umowy na udzielanie pacjentom Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach im. Lecha i Marii Kaczyńskich – Pary Prezydenckiej świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządów ruchu.
- 4) **Oświadczam, iż złożone przez mnie dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym.**

załączniki:

- 1) aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (ze strony internetowej CEIDG) albo aktualny odpis formie wydruku z Krajowego Rejestru Sądowego.
- 2) odpis w formie wydruku z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą stosownie do formy organizacyjno-prawnej.
- 3) kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje:
 - a) dyplom ukończenia studiów medycznych,
 - b) prawo wykonywania zawodu,
 - c) dyplom specjalizacji lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do rodzaju udzielanych świadczeń,
 - d) wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz oświadczenie zgodności ww. danych - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych ,
- 4) kserokopia dowodu zawarcia aktualnie obowiązującej umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),
- 5) aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarz (tzw. zdolność do pracy) oraz zaświadczenia do celów sanitarno epidemiologicznych (możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),

- 6) certyfikat potwierdzający ukończenie kursu Diagnostyki USG narządu ruchu z elementami reumatologii.
- 7) oświadczenie do dysponowanie tytułem prawnym do artroskopu.

Załącznik nr 3

SWKO Samodzielny Publiczny
Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach
im. Lecha i Marii Kaczyńskich -Pary Prezydenckiej
26-670 Pionki, ul. Sienkiewicza 29
(dalej też jako: SP ZZOZ w Pionkach)

.....
miejsowość data

.....
imię nazwisko/nazwa

Oświadczenie

Oświadczam (y) ze dysponujemy (ję) tytułem prawnym do artroskopu, umożliwiającą nam / mnie bez żadnych przeszkód faktycznych i prawnych wykonywanie świadczeń objętych ofertą w Oddziale Chirurgii Ogólnej SPZZOZ Pionki przez cały okres obowiązywania umowy udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej SPZZOZ Pionki i. Lecha i Marii Kaczyńskich – Pary Prezydenckiej w zakresie e ortopedii i traumatologii narządów ruchu, przez cały okres obowiązywania umowy.