

FORMULARZ OFERTOWY

dla zamówienia dokonywanego w trybie konkursu ofert
na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej
pn.

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zgodnie z aktualnym
zapotrzebowaniem Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny
im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej ul. Szpitalna 13 w zakresie:
Chirurgii Onkologicznej**

I. Dane Oferenta:

nazwa

siedziba

adres, nr telefonu,

NIP REGON

dane rejestrowe

II. Udzielający Zamówienia:

Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza
ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza

III. W oparciu o ogłoszenie konkursowe nr 58/2023 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii onkologicznej realizowanych w Oddziale Chirurgii Onkologicznej, jak również pełnienie dyżurów w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz w Oddziale Chirurgii Onkologicznej dla Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej opublikowane na stronie internetowej oraz na tablicy ogłoszeń ZCO Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie 3 lat obejmujące wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia :

1) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem realizowanych w Oddziale Chirurgii Onkologicznej -wymiar godzin do dyspozycji w miesiącu

| Miejsce wykonywania świadczeń | Stawka kwotowa za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem |
|--|--|
| Oddział Chirurgii Onkologicznej wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami zgodnie z bieżącym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienie |PLN brutto za godzinę wykonywania tych świadczeń |

| | |
|--|---|
| Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz Oddział Chirurgii Onkologicznej |PLN brutto za godzinę dyżuru pod telefonem 100 % stawki za godzinę pod telefonem w przypadku konieczności przyjazdu |
|--|---|

- 2) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem realizowanych w Poradni Chirurgii Ogólnej i Poradni Chirurgii Onkologicznej

| Miejsce wykonywania świadczeń | Stawka za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem |
|--|---|
| Poradnia Chirurgii Ogólnej i Poradnia Chirurgii Onkologicznej oraz Poradnia Chorób Piersi wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO w Dąbrowie Górniczej | równowartość iloczynu% prawidłowo rozliczonych punktów w ramach umowy z NFZ i ceny za punkt zgodnej z kwotą określoną przez NFZ w umowie. |

OŚWIADCZENIE OFERENTA

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Ogłoszenia oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczam, że zainteresowałem/am się i uzyskałem/am wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.
- Oświadczam, że uważam się związany/na niniejszą ofertą na czas określony w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert w przedmiocie, którego moja oferta dotyczy, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
- Oświadczam, że wyrażam gotowość do podjęcia negocjacji w zakresie przedmiotu postępowania konkursowego na wezwanie Udzielającego Zamówienia.
- Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- Oświadczam, że spełniam warunek określony w art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Załączniki:

- 1) dyplom potwierdzający posiadanie kwalifikacji;
- 2) prawo wykonywania zawodu (obligatoryjnie kserokopia ze zdjęciem) ;
- 3) dokument potwierdzający posiadanie wymaganej specjalizacji lub w trakcie specjalizacji w zakresie chirurgii ogólnej i onkologicznej.
- 4) oświadczenie o spełnieniu wymagań w zakresie co najmniej dwuletniego doświadczenia lub dokument potwierdzający to doświadczenie;
- 5) wypis z KRS lub CEIDG;
- 6) polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 7) aktualne badania lekarskie;
- 8) zaakceptowany wzór umowy;
- 9) oświadczenie o zapoznaniu się z SWKO;
- 10) zaakceptowana klauzula informacyjna RODO.

.....
(podpis osoby uprawnionej, data)