

Pieczęć Oferenta:

1 Wojskowy Szpital Kliniczny
z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Lublinie
20-049 Lublin, Al. Raławickie 23

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii onkologicznej lub lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej będącego w trakcie specjalizacji w dziedzinie chirurgii onkologicznej lub lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej w 1 WSzKzP SP ZOZ w Lublinie, 20-049 Lublin, Al. Raławickie 23

☐ **w Oddziale Chirurgii Onkologicznej**

- **w charakterze lekarza zabiegowego**

- **w ramach normalnej ordynacji:**

- w przedziale czasowym 7:30 – 15:05

- **w ramach dyżuru medycznego:**

- w godzinach: 15:05–7:30 dnia następnego w dni robocze

- w godzinach: 7:30-7:30 dnia następnego w niedziele, święta i dni dodatkowo wolne od pracy

Obowiązek pełnienia przynajmniej 1 dyżuru w miesiącu w przypadku, kiedy zabezpieczenie dyżurowe przez lekarzy Oddziału Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Bariatryi nie będzie możliwe.

Pełnienie dyżuru chirurgicznego obejmuje swym zakresem pacjentów Oddziału Chirurgii Onkologicznej oraz pacjentów Oddziału Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Bariatryi oraz Oddziału Urologii

- zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym wspólnie z Kierownikiem Oddziału Chirurgii Onkologicznej, a w przypadku dyżurów medycznych zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym wspólnie z Kierownikiem Oddziału Chirurgii Ogólnej Endokrynologicznej i Bariatryi oraz Oddziału Urologii

- **ramach dyżuru medycznego pod telefonem (gotowość)**

- w przedziale czasowym:

- 15.05 – 07.30 dnia następnego – w dni robocze

- 7.30-07.30 dnia następnego w niedziele, święta i dni dodatkowo wolne od pracy,

kiedy zabezpieczenie gotowości przez lekarzy Oddziału Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Bariatryi nie będzie możliwe

☐ **w Poradni Chirurgicznej**

- w dni robocze

- według potrzeb Udzielającego Zamówienie

☐ **wykonywanie zabiegów, asystowanie do zabiegów na potrzeby innych oddziałów szpitala**

I. Dane Oferenta:

1) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą

.....
.....

2) Zarejestrowany w CEIDG, KRS*

3) Imię i nazwisko

4) PESEL

5) Nr prawa wykonywania zawodu

6) NIP REGON

7) Adres zamieszkania

8) Tel. do kontaktu

9) e-mail, na który będzie wysyłana korespondencja

II. Kwalifikacje zawodowe Oferenta:

(zaznaczyć krzyżykiem)

- a) Specjalizacja w dziedzinie chirurgii onkologicznej ☐
- b) Specjalizacja w dziedzinie chirurgii ogólnej ☐
- c) Specjalizacja w dziedzinie chirurgii ogólnej, będący w trakcie specjalizacji w dziedzinie chirurgii onkologicznej ☐

III. Doświadczenie w pracy /udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii onkologicznej lub lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej będącego w trakcie specjalizacji w dziedzinie chirurgii onkologicznej lub lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej

(zaznaczyć krzyżykiem)

- a) 2-5 lat ☐
- b) 6-15 lat ☐
- c) powyżej 15 lat ☐

IV. Ciągłość świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z Udzielającym Zamówienia tożsamy z przedmiotem niniejszego postępowania

(zaznaczyć krzyżykiem)

- a) Tak ☐
- b) Nie ☐

V. Oferta cenowa na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii onkologicznej lub lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej będącego w trakcie specjalizacji w dziedzinie chirurgii onkologicznej lub lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej

1) w Oddziale

a) % (słownie procent:) wartości procedury **nielimitowanej** i do % (słownie procent:) wartości procedury **limitowanej** (dla zespołu operacyjnego - dzielone na poszczególnych operatorów przez Kierownika Oddziału) oraz % (słownie procent:) wartości procedury za **asystowanie do zabiegów na innych oddziałach zabiegowych**.

Wynagrodzenie za zabieg obejmuje także opiekę pooperacyjną.

- b) zł (słownie złotych:) **brutto** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych **w ramach normatywu** na Oddziale Chirurgii Onkologicznej
- c) zł (słownie złotych:) **brutto** za 1 godzinę udzielania świadczeń w ramach **dyżuru medycznego plus** zł (słownie złotych:) **brutto dodatku** za 1 godzinę zabezpieczenie opieki w ramach pełnionego dyżuru stacjonarnego nad pacjentami Oddziału Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Bariatrii, Oddziału Urologii.
- d) zł (słownie złotych:) **brutto** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych **w ramach gotowości. W przypadku wezwania** zł (słownie złotych:) **brutto** za 1 godzinę w miejscu.

2) w Poradni

- ✓ % (słownie procent:) wartości procedury medycznej wykonanej, określonej w umowie z NFZ

VI. Proponowana liczba godzin udzielania świadczeń miesięcznie na rzecz Udzielającego Zamówienie

Oddział:

(zaznaczyć krzyżykiem)

- a) w ramach normatywu w dni powszednie 7:30-15:05, w ramach dyżuru medycznego w godzinach: 15:05–7:30 dnia następnego w dni robocze w godzinach: 7:30-7:30 dnia następnego w niedziele, święta i dni dodatkowo wolne od pracy ☐
- b) w dniach i godzinach zaproponowanych przez Oferenta : godzin/m-c w dni powszednie 7:30-15:05, w ramach dyżuru medycznego w ilości max. do godzin/m-c w godzinach: 15:05–7:30 dnia następnego w dni robocze w godzinach: 7:30-7:30 dnia następnego w niedziele, święta i dni dodatkowo wolne od pracy ☐

Poradnia :

(zaznaczyć krzyżykiem)

- a) zgodnie z potrzebami UZ ☐
- b) w dniach i godzinach zaproponowanych przez Oferenta ☐

VII. Oświadczenie Oferenta:

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych we wzorze umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie.
3. Oświadczam, że posiadam możliwość wykonania świadczeń na warunkach podanych w materiałach konkursowych oraz wzorze umowy.
4. Oświadczam, że posiadam możliwość realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami NFZ i poddam się kontroli prowadzonej przez NFZ oraz Udzielającego Zamówienie.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oferta została złożona na stronach.
7. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -

Data

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

**niepotrzebne skreślić*