

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 w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii w 1 WSzKzP SP ZOZ w Lublinie, 20-049 Lublin, Al. Raławickie 23

☐ **na Oddziale Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej**

- **w ramach normalnej ordynacji**

- w przedziale czasowym 7:30 – 15:05
- w ilości 3 razy w tygodniu max. do 100 godzin w miesiącu

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

- w ilości do 130 godzin miesięcznie
- 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

- **zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym wspólnie z Kierownikiem Oddziału**

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

☐ **w Poradni Ginekologicznej**

- w ilości 2 razy w tygodniu

☐ **udzielanie konsultacji pacjentom RWKL**

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 ginekologii i położnictwa

☐

III. Doświadczenie w pracy /udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii

(zaznaczyć krzyżykiem)

- a) 1-5 lat ☐
- b) 6-15 lat ☐
- c) powyżej 15 lat ☐

IV. Ciągłość świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z Udzielającym zamówienia tożsamych z przedmiotem niniejszego postępowania

(zaznaczyć krzyżykiem)

- a) Tak ☐
- b) Nie ☐

V. Oferta cenowa na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii

a) w Oddziale

- a) zł (słownie złotych:)**brutto** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach normatywu, przy czym PZ nie będzie otrzymywał wynagrodzenia za godziny pracy w ramach normatywu godzinowego podczas pracy w poradni
- b) zł (słownie złotych:)**brutto** za 1 godzinę udzielania świadczeń w ramach dyżuru medycznego pod telefonem (gotowości).
W przypadku wezwania zł (słownie złotych:) brutto za 1 godzinę w miejscu.

b) w Poradni

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

- c) zł (słownie złotych:)**brutto za konsultację 1 pacjenta RWKL**

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

Oddział:

(zaznaczyć krzyżykiem)

- a) w ilości max. do 100 godzin/m-c w dni powszednie 7:30-15:05, w ramach dyżuru pod telefonem w ilości max. do 130 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 ☐
- b) w dniach i godzinach zaproponowanych przez Oferenta : godzin/m-c w dni powszednie 7:30-15:05, w ramach dyżuru pod telefonem 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 (2 razy w tygodniu) ☐
- 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*