

Warszawa, dnia.....

Warszawski Szpital dla Dzieci SPZOZ
ul. M. Kopernika 43
00-328 Warszawa

FORMULARZ OFERTOWY

Proszę zaznaczyć właściwy zakres, na który będzie złożona oferta

Przedmiotem konkursu ofert są świadczenia zdrowotne realizowane w zakresie:

- wykonywania czynności zawodowych lekarza anestezjologa w Bloku Operacyjnym, w Oddziale Anestezjologii dla Dzieci, Oddziałach Szpitalnych, Izbie Przyjęć i Przychodni Przyszpitalnej** w ramach podstawowych godzin ordynacji ww. komórek organizacyjnych i w ramach dyżuru medycznego **oraz pełnienie funkcji koordynatora Oddziału Anestezjologii dla Dzieci** przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.
Ocenianym koniecznym warunkiem będzie fakt udokumentowanej co najmniej 10 - letniej praktyki w anestezjologii dziecięcej,
- wykonywania czynności zawodowych przez lekarza** posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej w ramach podstawowych godzin ordynacji i w ramach dyżuru medycznego (w tym wykonywania i opisywania badań RTG i USG i TK) **oraz pełnienie funkcji koordynatora w Pracowni Diagnostyki Obrazowej.**
Ocenianym koniecznym warunkiem będzie fakt udokumentowanej co najmniej 5 - letniej praktyki z potwierdzonym doświadczeniem w zakresie diagnostyki obrazowej u dzieci.

DANE OFERENTA:

Imię i nazwisko oferenta.....

Nazwa oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym:

.....

.

.....

Adres do korespondencji:

kod:..... miejscowość:.....

ulica i numer domu:.....

numer telefonu:..... email:.....

Adres siedziby firmy:

kod:.....

miejscowość:.....

ulica i numer domu:.....

numer telefonu:.....email:.....

NR NIP.....

NR REGON.....

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie osobiście w siedzibie Warszawskiego Szpitala dla Dzieci SP ZOZ w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienie.
3. Dopuszcza na wniosek Udzielającego zamówienia, za zgodą obu stron, możliwość zmiany bądź rozszerzenia miejsca udzielania świadczeń a także możliwość zmiany bądź rozszerzenia grupy świadczeniobiorców objętych niniejszą umową.
4. Spełnia warunki, o których mowa w art. 18 ust. 1 pkt 1,2,4,5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, a w przypadku wykonywania działalności leczniczej jako indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej również art. 18 ust 2 pkt 2 wyżej wymienionej ustawy.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Posiada aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonane na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego orzeczenia, na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy.
7. Zobowiązuje się do odbycia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych w celu realizacji umowy, szkolenia wstępnego z zakresu BHP i ppoż. organizowanego przez Udzielającego zamówienia w terminie wcześniej ustalonym przez Udzielającego zamówienia i na koszt Udzielającego zamówienia.
8. Za czas szkolenia, o którym mowa w ust. 7 Przyjmującemu zamówienie nie przysługuje żadne wynagrodzenie.
9. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

INFORMACJE DODATKOWE

Oferenci, którzy posiadają aktualnie zawarte umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Warszawskim Szpitalu dla Dzieci SP ZOZ zobowiązane są do załączenia do oferty tylko brakujących lub nieaktualnych dokumentów, poświadczonych własnoręcznym podpisem.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Wydruk wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wyłącznie przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (aktualny) – zał. nr 1.
2. Wydruk wpisu do **Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (aktualny)** – zał. Nr 2.
3. Poświadczony kopie dokumentów dotyczących **dyplomu ukończenia studiów** – zał. nr 3.
4. Poświadczony kopie dokumentów dotyczących **prawa wykonywania zawodu** – zał. 4.
5. Poświadczony kopie dyplomu specjalizacji, doktoratu (dla lekarzy posiadających specjalizacje/doktorat) – zał.5,5a,5b itd.
6. Przebieg pracy zawodowej z uwzględnieniem nazw oddziałów/klinik – zał. nr 6
7. Kserokopia polisy OC, bądź w przypadku braku ważnej polisy na dzień złożenia oferty zobowiązanie o jej przedłożeniu na dzień podpisania umowy – zał. nr 7.
8. Kserokopia orzeczenia o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonana na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego zaświadczenia na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy – zał. nr 8.
9. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty – zał. Nr 9,9a itd.
10. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta - zał. Nr 10.

Ofertę oraz każdy dokument stanowiący załącznik do oferty powinien być poświadczony własnoręcznym podpisem oferenta lub osoby upoważnionej na podstawie pełnomocnictwa złożonego w formie pisemnej

PROPOZYCJE WYNAGRODZENIA

Proszę wskazać opcjonalnie zgodnie z zakresem:

Stawka za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych
Dodatek za pełnienie funkcji koordynatora
Inne propozycje

.....
(podpis i pieczęć oferenta lub osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)