

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

Zadanie 1. *Udzielania przez lekarzy specjalistów z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie (wszystkie lokalizacje).*

Zadanie 2. *Udzielania przez lekarzy specjalistów z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie (wszystkie lokalizacje) oraz Szpitalu Tymczasowym, dla którego SPSK Nr 1 jest szpitalem patronackim (wszystkie lokalizacje).*

Dane oferenta (nazwa i siedziba lub imię i nazwisko oraz adres) :

.....

.....

Środki łączności:

Telefon (wymagany):

Fax:

e-mail.....

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....

Liczba i kwalifikacje zawodowe oraz imiona i nazwiska osób mających udzielać świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu:

.....

.....

Oświadczam, że osoby mające udzielać świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot Konkursu posiadają

.....letnie doświadczenie w pracy na sali operacyjnej, w tym umiejętność znieczulania porodów fizjologicznych, jak również takie samo doświadczenie w leczeniu krytycznie chorych w warunkach intensywnej terapii z uwzględnieniem prowadzenia form terapii leczenia pozaustrojowego (terapia nerko zastępcza, ECMO).

Oświadczam, że dotychczas posiadałam/em umowę z Udzielającym Zamówienia tak / nie *)

*) należy zaznaczyć właściwe; w przypadku braku zaznaczenia odpowiedzi, będzie to uznane za wybór odpowiedzi „nie”

Proponuję następującą należność za realizację świadczeń zdrowotnych (należy wybrać jedno z zadań):

Zadanie 1.

..... zł brutto (słownie:) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w SPSK Nr1 (wszystkie lokalizacje).

..... zł brutto (słownie:) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych podczas wyjazdów w ramach rozpoczęcia terapii ECMO poza siedzibą SPSK Nr1.

Zadanie 2.

..... zł brutto (słownie:) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w SPSK Nr1 (wszystkie lokalizacje).

..... zł brutto (słownie:) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ST (wszystkie lokalizacje).

..... zł brutto (słownie:) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych podczas wyjazdów w ramach rozpoczęcia terapii ECMO poza siedzibą SPSK Nr1.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

Oświadczam, że posiadam możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach podanych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i wzorze umowy.

Zobowiązuję się do wykonywania usług objętych przedmiotem zamówienia z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej, na warunkach podanych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz wzorze umowy, a także stosowania się do kodeksu etyki lekarskiej.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy w ciągu 10 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku.

.....dnia.....2021 r.

pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie

Załączniki:

1. Aktualny wydruk z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, potwierdzający uprawnienie do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu (co najmniej wydruk pierwszej strony).
2. Aktualny wydruk z CEIDG lub Krajowego Rejestru Sądowego.
3. Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu, w tym prawa wykonywania zawodu, dyplomu, oraz dokumentów potwierdzających uzyskanie specjalizacji.
4.
5.