

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2013.217 z późn. zm.), oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

ZAKRES 1 -udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie onkologii klinicznej w komórkach organizacyjnych Szpitala:

Miejsce udzielania świadczeń jest:

- **komórki organizacyjne Szpitala.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w dziedzinie onkologii klinicznej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń w formie konsultacji medycznych z zakresu onkologii klinicznej trzy razy w tygodniu zgodnie z harmonogramem miesięcznym.

ZAKRES 2 -udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej w Klinice Neurologii, Klinice Endokrynologii i Diabetologii, Zakładzie Medycyny Paliatywnej i Zespole Poradni Specjalistycznych – Poradnia Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego, Zespół Żywienia:

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Neurologii,**
- **Klinika Endokrynologii i Diabetologii,**
- **Zakład Medycyny Paliatywnej,**
- **Zespół Poradni Specjalistycznych – Poradnia Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego, Zespół Żywienia.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w dziedzinie chorób wewnętrznych,
- specjalizacja w dziedzinie medycyny paliatywnej,
- ukończony kurs dla zespołów żywieniowych,
- ukończony kurs żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych,
- 2 letnie doświadczenie zawodowe w zespole żywieniowym,
- 5 letni staż pracy w oddziale medycyny paliatywnej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń w dni robocze do 80 godz. w Zakładzie Medycyny Paliatywnej, dyżury medyczne w dni robocze w soboty, niedziele i święta w Klinice Endokrynologii

i Diabetologii oraz konsultacje internistyczne w Klinice Neurologii a także udzielanie świadczeń medycznych w Zespole Żywienia - Poradni Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 3 -udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej, stomatologicznym w komórkach organizacyjnych Szpitala:

Miejsce udzielania świadczeń jest:

- **komórki organizacyjne Szpitala.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej,
- specjalizacja w dziedzinie stomatologicznej,
- 5 letnie doświadczenie zawodowe jako specjalista w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej w szpitalnym oddziale chirurgii szczękowej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń w formie konsultacji medycznych na wezwanie w dni robocze w tym samym dniu oraz wykonywanie drobnych zabiegów w ramach tych konsultacji.

ZAKRES 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci:

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci.**

4.1. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,
- udokumentowane 6 miesięczne doświadczenie zawodowe w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii pacjentów do 18 roku życia.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń w dni robocze w godzinach od 7:25 do 15:00 oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

4.2. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,
- udokumentowane 6 miesięczne doświadczenie zawodowe w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii pacjentów do 18 roku życia.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń w ramach dyżurów medycznych w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy w wymiarze do 33 godzin w okresie trwania umowy.

ZAKRES 5 -udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie medycyny ratunkowej lub chirurgii ogólnej w Klinice Medycyny Ratunkowej:

Miejsce udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Medycyny Ratunkowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w dziedzinie medycyny ratunkowej lub w trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej, lub
- specjalizacja w dziedzinie chirurgii ogólnej lub w trakcie specjalizacji z chirurgii ogólnej,
- udokumentowany minimum rocznym stażem pracy w oddziale szpitalnym.

Przedmiot zamówienia obejmuje 24-godzinne dyżury medyczne w dni robocze oraz w soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 6 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Klinice Endokrynologii i Diabetologii:

Miejsce udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Endokrynologii i Diabetologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń w ramach dyżurów medycznych w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 7 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Zespole Poradni Specjalistycznych:

7.1. Miejsce udzielania świadczeń jest:

- **Poradnia Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w dziedzinie chirurgii ogólnej,
- ukończony kurs żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych.

Przedmiot konkursu obejmuje ambulatoryjne udzielanie świadczeń w dni robocze w ilości do 30 godzin miesięcznie w poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

7.2. Miejsce udzielania świadczeń jest:

- **Poradnia Kardiologiczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w dziedzinie kardiologii,
- uprawnienia do wykonywania badań echo serca.

Przedmiot konkursu obejmuje ambulatoryjne udzielanie świadczeń w dni robocze w poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 8 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii:

Miejsce udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- w trakcie specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie gotowości tzw. „dyżuru pod telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

Wymagania konieczne dla Oferentów zainteresowanych świadczeniem usług.

- a) W konkursie ofert w myśl art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zamówienie może być udzielone podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych (przyjmujący zamówienie).
- b) Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- c) Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147-150, 151 ust. 1, 2, 4-6, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- d) Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie oraz na zasadach określonych w umowie, a udzielający zamówienia do zapłaty wynagrodzenia za udzielanie tych świadczeń.

Do konkursu mogą przystąpić tylko i wyłącznie osoby spełniające wymagania określone w przepisach szczególnych oraz niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu (dalej SWK).

W sprawach nieuregulowanych w SWK stosuje się obowiązujące przepisy prawa.

WYMOGI FORMALNE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim zgodnie z SWK, w formie maszynopisu lub wydruku i dołączyć od niej wymagane załączniki (dopuszczalne jest wypełnienie załączników przy użyciu długopisu lub pióra czytelnym pismem).
2. Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Tekst tłumaczenia wraz z dokumentem oryginalnym należy dołączyć do oferty.
3. Wszelkie poprawki, przekreślenia lub zmiany w ofercie powinny być parafowane przez Oferenta.
4. Formularz ofertowy należy opracować na załączonym druku „OFERTA”.
5. Oferent nie może dokonywać żadnych zmian we wzorze druku „OFERTA”.
6. Do formularza oferty należy dołączyć wszelkie wymagane w SWK dokumenty.

7. Jeżeli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – konieczne jest jego poświadczenie „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.
8. Udzielający zamówienia może żądać w trakcie postępowania konkursowego oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu załączonego przez Oferenta wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez Oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej autentyczności.
9. Kompletna oferta powinna składać się z:
 - 1) formularza ofertowego Załącznik nr 1 lub 2, lub 3, lub 4, lub 5, lub 6, lub 7, lub 8, lub 9, lub 10.
 - 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z zał. nr 1 lub 2, lub 3, lub 4, lub 5, lub 6 lub 7, lub 8, lub 9, lub 10).
10. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub nadane jako przesyłka pocztowa, niezależnie od daty nadania, będą odrzucane, jeżeli wpłyną do kancelarii szpitala po terminie określonym do ich złożenia.
11. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę w jednym, wybranym przez siebie zakresie. Złożenie większej liczby ofert spowoduje odrzucenie każdej z nich.
12. Propozycje rozwiązań alternatywnych lub wariantowych nie będą brane pod uwagę.
13. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

TERMIN, MIEJSCE ORAZ SPOSÓB SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie

w dniach od 09.02.2015 r. do 13.02.2015 r. do godz. 12:00

(wyłącznie w dni powszednie) w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9.

2. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w kopercie opatrzonej napisem:

***„Konkurs ofert nrna udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszenia
(należy wpisać nr zakresu, na który składana jest oferta)
nie otwierać przed 13.02.2015 r. godz. 12:30.”***

3. Na wniosek Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty wraz z numerem jakim została oznakowana oferta.
4. W przypadku nadania oferty za pośrednictwem poczty należy ofertę umieścić w zaklejonej i opisanej kopercie w sposób określony powyżej, następnie zaklejoną kopertę włożyć do kolejnej koperty i zaadresować, z dopiskiem „***Konkurs ofert nrna udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszenia (należy wpisać nr zakresu, na który składana jest oferta)***” pod niżej wskazany adres.

**Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz**

5. W przypadku osobistego złożenia oferty przez Oferenta należy umieścić na kopercie adres zwrotny. Powyższe dotyczy również wewnętrznej koperty oferty złożonej drogą pocztową bez zwrotnego potwierdzenia nadania.
6. Oferta przesłana pocztą złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do Szpitala przed upływem terminu określonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w rejestrze Kancelarii Szpitala.

UDZIELANIE WYJAŚNIEŃ dot. KONKURSU

1. Każdy Oferent może zwrócić się do Udzielającego zamówienia o wyjaśnienie treści SWK.
2. Do kontaktów z Oferentami upoważnione są: Jowita Kokocha, Marlena Nawrot oraz Aleksandra Borucka (tel. 52 585 49 55 w godzinach od 09:00 do 14:00).

MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa **w dniu 13.02.2015 r. o godz. 12:30** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **w dniu 17.02.2015 r. do godz. 15:00.**

POSTĘPOWANIE KONKURSOWE

1. Otwarcie ofert nastąpi w terminie i miejscu wskazanym w ogłoszeniu oraz w SWK.
2. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej. Oferent może uczestniczyć tylko w jawnej części konkursu.
3. Komisja konkursowa:
 - 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz informuje o liczbie otrzymanych ofert;
 - 2) ogłasza dane personalne oraz adres Oferenta, którego oferta jest otwierana;
 - 3) jeżeli oferta dotyczy określonej części/zakresu (określonych świadczeń), na które oferent złoży swoją aplikację, Komisja konkursowa również o tym informuje;
 - 4) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w SWK;
 - 5) odrzuca oferty nieodpowiadające wymogom określonym w SWK lub złożone po terminie;
 - 6) ogłasza Oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w SWK, a które zostały odrzucone;
 - 7) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia składane przez Oferentów;
 - 8) komisja konkursowa wzywa Oferentów do usunięcia braków formalnych w terminie 2 dni od daty otwarcia ofert pod rygorem odrzucenia oferty;
 - 9) wybiera najkorzystniejsze oferty.
4. Czynności, o których mowa ust. 3 pkt. 4, 5 i 9 komisja konkursowa przeprowadza na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów.
5. W trybie przewidzianym w ust. 3 pkt. 8 nie można dokonać uzupełnienia oferty w zakresie propozycji cenowej oraz warunków wykonywania świadczeń zdrowotnych.

KRYTERIA OCENY OFERT

1. Podstawą oceny ofert złożonych przez Oferentów, będą następujące kryteria:

– **stawka za udzielanie świadczeń: 100 %**

stawka minimalna

-----x waga kryterium = punktacja

stawka oferty badanej

Stawka minimalna najmniejsza deklarowana stawka spośród wszystkich ofert.

Przyjmuje się, że 1%=1 pkt. i tak zostanie przeliczona liczba punktów.

2. Jeżeli kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie postępowanie ulega unieważnieniu w tym zakresie.

3. W przypadku, gdy kilku oferentów uzyska jednakową ilość punktów, pod uwagę będą brane:

- dodatkowe staż i doświadczenie
każdy dodatkowy rok stażu = 0,01 pkt.;
- dodatkowe kursy lub specjalizacja
każdy dodatkowy kurs lub specjalizacja = 0,05 pkt.

ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU

1. Komisja konkursowa dokonując wyboru kieruje się przedstawionymi powyżej kryteriami oceny ofert.
2. Jeżeli kwota najkorzystniejszej oferty złożonej w danym zakresie przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, Dyrektor Szpitala unieważnia postępowanie w tym zakresie.
3. Komisja konkursowa niezwłocznie przedstawia Udzielającemu zamówienia (Dyrektorowi Szpitala) protokół z przebiegu konkursu.
4. Komisja konkursowa powiadomi o wyniku konkursu podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko świadczeniodawcy, który został wybrany. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na tablicy ogłoszeń Szpitala.
5. Odrzuca się ofertę:
 - 1) złożoną przez oferenta po terminie;
 - 2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
 - 3) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
 - 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
 - 6) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
 - 7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego zamówienie.

TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent jest związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu na każdym jego etapie oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny, w tym części/zakresu konkursu.
2. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu do składania ofert, Udzielający zamówienia może zmodyfikować treść ogłoszenia oraz dokumentów składających się na SWK dotyczących zmiany terminu składania ofert.
3. O każdej zmianie Udzielający zamówienia zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.
4. Oferta musi wyrażać stanowczą wolę oferenta zawarcia umowy o definitywnie określonej treści, w innym przypadku zainteresowanemu nie przysługuje status Oferenta.
5. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
6. Umowa na świadczenie usług w zakresie od 1 do 4.1. i od 5 do 8 zawarta zostanie na okres od dnia **01.03.2015 r.** do dnia **28.02.2018 r.** oraz w zakresie 4.2. zawarta zostanie na okres od dnia **01.03.2015 r.** do dnia **31.05.2015 r.**
7. Oferty odrzucone, nieprzyjęte a także w przypadku odwołania, uwzględnienia protestu lub umorzenia części/zakresu postępowania konkursowego zostaną stosownie do odpowiedniej części/zakresu komisyjnie zniszczone.

UNIEWAŻNIENIE KONKURSU

1. Unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, następuje gdy:
 - 1) nie wpłynęła żadna oferta;
 - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 3) odrzucono wszystkie oferty;
 - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający Zamówienie przeznaczył na finansowanie w danym postępowaniu;
 - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

PRAWO OFERENTÓW DO ODWOŁAŃ

1. Oferenci, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
 - 1) wybór trybu postępowania,

- 2) niedokonanie wyboru Oferenta,
 - 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
 4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
 5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
 6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
 7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej.
 8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
 9. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Szpitala, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
 10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

ZATWIERDZAM

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie onkologii klinicznej
w komórkach organizacyjnych Szpitala – w Zakresie 1.

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN za 1 godzinę** udzielania świadczeń w formie konsultacji medycznych.

4) proponowany czas trwania umowy od dnia **01.03.2015 r. do dnia 28.02.2018 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1) kserokopia dyplomu;

2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);

- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6)zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
- 7)kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia (jeżeli dotyczy);
- 8) dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe.

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez **lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej w Klinice Neurologii, Klinice Endokrynologii i Diabetologii, Zakładzie Medycyny Paliatywnej i Zespole Poradni Specjalistycznych – Poradnia Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego, Zespół Żywienia – w Zakresie 2.**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w sobotę, niedzielę, święta,

..... **PLN** za 1 konsultację internistyczną w Klinice Neurologii.

4) proponowany czas trwania umowy od dnia **01.03.2015 r. do dnia 28.02.2018 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii szczękowo-
twarzowej, stomatologicznym **w komórkach organizacyjnych Szpitala – w Zakresie 3.**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
pod numerem NIP.....**

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 konsultację u pacjenta,

Stawki za wykonane zabiegi:

..... % od wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia za wykonane zabiegi,

W przypadku wykonanego zabiegu, którego nie uwzględnia umowa NFZ:

..... PLN usunięcie szwów,

..... PLN nacięcie ropnia zewnątrz/zewnątrzustnie, napięcie ropnia około migdałkowego,

..... PLN szycie rany skóry i/lub błony śluzowej,

..... PLN zmiana opatrunku – inny,
..... PLN pobranie wycinka bez kosztów bhp,
..... PLN blokada w neuralgiach,
..... PLN nastawienie zwichniętej żuchwy,
..... PLN opatrunek,
..... PLN ekstrakcja 1 zęba,
..... PLN dłutowanie,
..... PLN toaleta jamy ustnej. Płukanie, drenaż ropnia,
..... PLN szynowanie,
..... PLN zdjęcie szyn – 1 szyna.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.03.2015 r. do 28.02.2018 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

.....
podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w **Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci – w Zakresie 4.1.**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru w sobotę, niedzielę, święta.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.03.2015 r. do 28.02.2018 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

.....
podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w **Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci – w Zakresie 4.2.**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru medycznego w dni robocze,

..... PLN za 1 godzinę dyżuru medycznego w sobotę, niedzielę i święta.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.03.2015 r. do 31.05.2015 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1) kserokopia dyplomu lekarza;

- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez lekarzy w zakresie medycyny ratunkowej lub chirurgii ogólnej w **Klinice Medycyny Ratunkowej – w Zakresie 5**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
pod numerem NIP.....**

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru medycznego w dni robocze,

..... **PLN** za 1 godzinę dyżuru medycznego w sobotę, niedzielę i święta.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.03.2015 r. do 28.02.2018 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1) kserokopia dyplomu lekarza;

2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);

- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

.....
podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez lekarzy w **Klinice Endokrynologii i Diabetologii - Zakresie 6**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru medycznego w dni robocze,

..... PLN za 1 godzinę dyżuru medycznego w sobotę, niedzielę i święta.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.03.2015 r. do 28.02.2018 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1) kserokopia dyplomu lekarza;

- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarzy w Zespole Poradni Specjalistycznych**
- w Zakresie 7.1.

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń ambulatoryjnych w poradni w dni robocze.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.03.2015 r. do 28.02.2018 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

.....
podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarzy w Zespole Poradni Specjalistycznych**
- w Zakresie 7.2.

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... % wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, na czas trwania umowy za W01, W11, W12, W13, W21, W22, W23, W24, W31,

..... PLN za W16, W17, W18, W19, W20, W32 -za każdą poradę pozytywnie zweryfikowaną przez Narodowy Funduszu Zdrowia,

- PLN za W14 -za każdą poradę pozytywnie zweryfikowaną przez Narodowy Funduszu Zdrowia,
- PLN za W25 -za każdą poradę pozytywnie zweryfikowaną przez Narodowy Funduszu Zdrowia,
- PLN za W15 -za każdą poradę pozytywnie zweryfikowaną przez Narodowy Funduszu Zdrowia,
- PLN kwota za 1 badanie wysiłkowe serca na bieżni ruchomej,
- PLN kwota za 1 badanie wysiłkowe serca na ergometrze rowerowym,
- PLN kwota za 1 badanie echokardiograficzne,
- PLN kwota za 1 badanie echokardiograficzne obciążeniowe – wysiłkowe,
- PLN kwota za 1 badanie echokardiograficzne przezprzetykowe,
- PLN kwota za 1 badanie echokardiograficzne obciążeniowe.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.03.2015 r. do 28.02.2018 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w **Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii**
- w Zakresie 8.

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... % ze stawki wezwania na dyżur medyczny za 1 godzinę tzw. „dyżuru pod telefonem” w dni robocze,

..... % ze stawki wezwania na dyżur medyczny za 1 godzinę tzw. „dyżuru pod telefonem” w sobotę, niedzielę i święta,

..... PLN za 1 godzinę wezwania na dyżur medyczny z tzw. „dyżuru pod telefonem” w dni robocze,

..... PLN za 1 godzinę wezwania na dyżur medyczny z tzw. „dyżuru pod telefonem” w sobotę, niedzielę i święta.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.03.2015 r. do 28.02.2018 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

.....
podpis Oferenta