Załącznik nr 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na Udzielenie Świadczeń Zdrowotnych (SWKO)

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ W DZIEDZINIE REHABILITACJI MEDYCZNEJ, PEŁNIĄCEGO ROLĘ KOORDYNATORA MEDYCZNEGO W PROJEKCIE STROKE, *„REHABILITACJA NEUROLOGICZNA DLA OSÓB PO UDARZE MÓZGU W ORTOPEDYCZNO-REHABILITACYJNYM SZPITALU KLINICZNYM IM. W. DEGI UM W POZNANIU”.*

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko ..... telefon.....

e-mail.....

adres: kod..... miejscowość.....

ulica.....nr.....

PESEL ..... NIP …….....REGON…....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą.....

Specjalizacja (nazwa i stopień - jeśli dotyczy) .....

Powyższy numer telefonu oraz adres e-mail wskazuję jako środki komunikacji przeznaczone do porozumiewania się ze mną przez Udzielającego Zamówienia w toku Konkursu ofert. Oświadczenia, wezwania i informacje przekazane za pośrednictwem jednego ze wskazanych środków uznaję za skutecznie złożone mi przez Udzielającego Zamówienia.

2. Zakres świadczeń

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej, pełniącego rolę koordynatora medycznego w projekcie STROKE, pn. „Rehabilitacja neurologiczna dla osób po udarze mózgu w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. W. Degi UM w Poznaniu”..

3. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w projekcie STROKE realizowanym przez Szpital, od dnia 31.08.2020 r. do dnia 9.06.2023r.

……..

Data i podpis

4. Deklaruję wynagrodzenie w wysokości..... zł **brutto** za miesiąc pracy.

W celu dokonania oceny oferty, przyjmuje się, że maksymalny okres zaangażowania w ramach umowy wynosi 35,75 miesięcy.

Łączne wynagrodzenie w ramach umowy wyniesie..... brutto.

(deklarowana stawka brutto x 35,75)

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że oferowana cena brutto za miesiąc udzielania świadczeń, jest podstawą do wyliczenia wartości oferty i przyjmuje się ją do oceny oferty. Do celów rozliczeniowych umowy zawartej w wyniku niniejszego Konkursu ofert, przyjmuje się rozliczenie miesięczne za dni w miesiącu, w których Oferent będzie pełnił swoją funkcję będącą przedmiotem niniejszego Konkursu ofert. W przypadku nieobecności, **wynagrodzenie będzie proporcjonalnie umniejszane** za każdy dzień tej nieobecności przy czym przyjmuje się, że wysokość wynagrodzenia dziennego stanowić będzie iloraz zaoferowanej kwoty brutto za miesiąc kalendarzowy i 30 dni, które do celów rozliczeniowych przyjmuje się jako średnią ilość dni w miesiącu.

.....
Data i podpis

Moje doświadczenie zawodowe w pracy z chorymi po udarze mózgu wynosi:.....

(ilość lat z dokładnością do miesięcy)

5. Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę, pełniącego rolę koordynatora medycznego w ramach projektu STROKE (stanowiącym Załącznik nr 2 do SWKO) i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....
Data i podpis

Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

.....
Data i podpis

Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.

.....
Data i podpis

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 2 do SWKO oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....
Data i podpis

Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Ortopedyczno - Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. W. Degi UM w Poznaniu przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

.....
Data i podpis

** Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi Załącznik nr 2 do SWKO.

.....
Data i podpis
**Dotyczy Oferentów, którzy nie posiadają umowy ubezpieczenia OC, aktualnej na dzień składania Ofert.

Oświadczam, że wszystkie kserokopie dokumentów załączonych do niniejszej oferty, które nie są wydrukiem elektronicznym nie wymagającym podpisu, są zgodne z oryginałami.

.....
Data i podpis

Oświadczam, że jestem zaszczepiony/na przeciwko WZW.

.....
Data i podpis

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Kopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową (dyplom, potwierdzenie uzyskanie specjalizacji, prawo wykonywania zawodu),
2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do realizacji umowy,
3. Kopia umowy ubezpieczenia OC – jeśli dotyczy,
4. Opis przebiegu pracy zawodowej potwierdzający niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie oferowanych usług– CV.

Kierownik
Sekcji Rozwoju i Promocji
mgr [illegible] Wilińska