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

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ PEŁNIĄCEGO ROLĘ SPECJALISTY DS. OCENY FUNKCJONALNEJ UCZESTNIKÓW, W PROJEKCIE ERGO PN. ”IDENTYFIKACJA CZYNNIKÓW RYZYKA ZW. Z PRACĄ NA STANOWISKU KOMPUTEROWYM I WDROŻENIE PROGRAMU NAPRAWCZEGO WŚRÓD PRACOWNIKÓW CYWILNYCH I MUNDUROWYCH POLICJI W WOJEWÓDZTWIE WIELKOPOLSKIM” W ORTOPEDYCZNO – REHABILITACYJNYM SZPITALU KLINICZNYM IM. WIKTORA DEGI UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU.

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko ..... telefon..... .....

e-mail..... .....

adres: kod..... miejscowość.....

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

PESEL .....

Numer prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty……..

Numer rachunku bankowego do przelewu wynagrodzenia, w przypadku zawarcia umowy ……..

Część dotycząca Oferentów prowadzących działalność gospodarczą:

Indywidualna praktyka specjalistyczna pod nazwą ……..., wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej pod numerem księgi rejestrowej ……., zarejestrowana pod adresem……

NIP ……..... REGON….....

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 fizjoterapeutę pełniącego rolę specjalisty ds. oceny funkcjonalnej uczestników w projekcie ERGO.

……..
Data i podpis

3. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych na stanowisku Specjalisty ds. oceny funkcjonalnej uczestników w projekcie ERGO realizowanym przez Szpital, od dnia 19.07.2024 r. do dnia 30.06.2027r.

……..
Data i podpis

4. OFERTA

4.1. Deklaruję wynagrodzenie w wysokości…… zł **brutto*** za godzinę pracy.
**należy przez to rozumieć stawkę brutto wraz z pełnymi kosztami Udzielającego Zamówienia, związanymi z zatrudnieniem Oferenta.*

4.2. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w ocenie klinicznej różnego rodzaju dysfunkcji podlegających leczeniu usprawniającemu potwierdzone certyfikatami – liczba posiadanych certyfikatów w przedmiotowym zakresie: …… *(proszę wskazać liczbę posiadanych certyfikatów).*
Oświadczam ponadto, że liczba wskazana powyżej jest spójna z załączonymi kopiami tychże certyfikatów.

1.3. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w obsłudze aplikacji raportujących dane personalne i medyczne; do dnia złożenia oferty obsługiwałem/łam:……..…aplikacji/systemów raportujących
(proszę wskazać liczbę aplikacji)
dane personalne i medyczne o nazwach:

……
……
……
……..
…….

……..
Data i podpis

5. Oświadczenia:

5.1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę pełniącego rolę specjalisty ds. oceny funkcjonalnej **uczestników w ramach projektu ERGO (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

5.2. 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

5.3. 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

5.4. 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

5.5. * 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.*

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

……
Data i podpis

5.7. Oświadczam, że jestem zaszczepiony/na przeciwko WZW.

……
Data i podpis

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Kopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową:
    a. dyplom ukończenia szkoły wyższej,
    b. prawo wykonywania zawodu,
    c. zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji umowy,
    d. oświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej – **dotyczy <u>wyłącznie</u> Oferentów prowadzących działalność gospodarczą.**
2. Kopia umowy odpowiedzialności cywilnej – jeśli Oferent dysponuje aktualną umową, na dzień złożenia Oferty – w przypadku braku umowy, Oferent zobowiązany jest złożyć stosowne oświadczenie, zgodne z treścią niniejszego formularza.