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 01.06.2021 r. do dnia 9.06.2023r.

……..

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 ukończenia szkoły wyższej na kierunku lekarskim, 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.

Pełnomocnik ds. Projektów Unijnych
mgr Magdalena Wilińska