Załącznik nr 3 do Zasad prowadzenia konkursu ofert w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Poznań, dnia .....

Formularz ofertowy

1. Dane Oferenta

Imię i nazwisko:

telefon:

e-mail:

pełna nazwa działalności (praktyki zawodowej):

adres działalności: (ulica, nr, kod, miejscowość)

PESEL:

NIP:

REGON:

Nr prawa wykonywania zawodu:

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

Specjalizacja (nazwa i stopień):

Tytuł naukowy:

Wskazany wyżej numer telefonu oraz adres e-mail wskazuję jako środki komunikacji przeznaczone do kontaktu się ze mną przez Komisję Konkursową w toku konkursu ofert. Oświadczenia, wezwania i informacje przekazane za pośrednictwem jednego ze wskazanych środków uznaję za skutecznie doręczone.

2. Zakres świadczeń

Składam ofertę na udzielanie świadczeń ……....

…….....

podpis Oferenta

3. Wartość oferty:

…….

……..

……

…….....

podpis Oferenta

4. Doświadczenie zawodowe oraz dodatkowe uprawnienia, umiejętności, kwalifikacje, posiadane tytułu lub stopnie naukowe

.....

.....

.....……

…….....

podpis Oferenta

5. Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia, wzorem Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

…….....

podpis Oferenta

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 warunki ich realizacji.

…….....

podpis Oferenta

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

…….....

podpis Oferenta

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem Umowy oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

…….....

podpis Oferenta

Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Ortopedyczno - Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego

w Poznaniu, przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w jego posiadaniu.

…….....
podpis Oferenta

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, przez cały okres jej realizacji.

…….....
podpis Oferenta

Ofertę może złożyć wyłącznie oferent, który spełnia następujące warunki:
- posiada kwalifikacje zawodowe w udzielaniu świadczeń w zakresie pielęgniarstwa.

Kryterium oceny ofert:

1) zadeklarowana kwota wynagrodzenia (maksymalnie 80 punktów)

$$\frac{\text{kwota najniższa}}{\text{kwota badana}} \text{ x maksymalna liczba punktów}$$

2) co najmniej dwuletnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń w Izbie Przyjęć (maksymalnie 20 punktów)

Załączniki do oferty:

1. Kopia dokumentów potwierdzających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową (dyplom, potwierdzenie uzyskania specjalizacji, prawo wykonywania zawodu),
2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do realizacji umowy,
3. Oświadczenie o aktualnym szczepienie przeciwko WZW,
4. Kopia umowy ubezpieczenia OC,
5. Opis przebiegu pracy zawodowej potwierdzający niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie oferowanych usług,
6. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego.