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 DZIAŁAŃ MEDYCZNYCH, W PROJEKCIE MOVIT PN. ”ROZSZERZENIE DOSTĘPNOŚCI ROBOTYCZNIE WSPOMAGANEJ DIAGNOSTYKI FUNKCJONALNEJ I REHABILITACJI DZIECI I MŁODYCH DOROSŁYCH Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM I INNYMI ZESPOŁAMI PORAŻENNYMI NA TERENIE WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO – EDYCJA II” W ORTOPEDYCZNO – REHABILITACYJNYM SZPITALU KLINICZNYM IM. WIKTORA DEGI UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU.

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko ..... telefon.....

e-mail.....

Numer prawa wykonywania zawodu lekarza ……..

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

Część dotycząca Oferentów prowadzących działalność gospodarczą:

Indywidualna praktyka lekarska 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 **lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej pełniącego rolę koordynatora działań medycznych**, w projekcie MOVIT.

……..
Data i podpis

3. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej pełniącego rolę koordynatora działań medycznych**, w projekcie MOVIT realizowanym przez Szpital, od dnia 2.11.2026 r. do dnia 30.06.2029 r.

……..
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. Moje doświadczenie zawodowe na stanowisku kierowniczym w ośrodku rehabilitacji dziecięcej wynosi:……
(proszę wskazać pełne lata, licząc do dnia złożenia oferty)

4.3. Moje doświadczenie zawodowe w rehabilitacji wspomaganej technologicznie wynosi:……
(proszę wskazać pełne lata licząc do dnia złożenia oferty)

4.4. Moje doświadczenie zawodowe w rehabilitacji dziecięcej wynosi:……
(proszę wskazać pełne lata licząc do dnia złożenia oferty)

……..
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 lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej pełniącego rolę koordynatora działań medycznych w projekcie MOVIT (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

Fundusze Europejskie dla Wielkopolski
Dofinansowane przez Unię Europejską
SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

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 kopie dokumentów stanowiących załączniki 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 uzyskania specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej
b. prawo wykonywania zawodu,

Fundusze Europejskie dla Wielkopolski
Dofinansowane przez Unię Europejską
SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

2. zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania czynności objętych umową,
3. Kopia dokumentu potwierdzającego posiadanie aktualnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC),
4. oświadczenie dotyczące wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
5. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego,
6. Opis przebiegu pracy zawodowej potwierdzający niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie oferowanych usług potwierdzający spełnienie wymagań określonych w SWKO – CV.