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 kontaktowania 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 zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego w Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

…….....
podpis Oferenta

3. Wartość oferty – zgodnie z ust. 2 oraz ust. 3 §8 wzoru umowy,

„2. Stawka za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w jednym miesiącu obowiązywania Umowy wynosi **……. zł (słownie: …… złotych 00/100)** brutto.

3. **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się do:
   1) zapłaty kwoty..…....,00 zł (słownie:……. złotych) brutto za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze (od poniedziałku do piątku) od godz. 15.00 do godziny 7.00 rano następnego, zgodnie z §7 ust.6 pkt.3,
   2) zapłaty kwoty….……..…,00 zł (słownie: …….. złotych) brutto za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i święta od godziny 7.00 rano do godziny 7.00 rano następnego dnia, zgodnie z §7 ust.6 pkt.3,
   3) zapłaty stawki godzinowej w wysokości ……..,00 zł (……..…….. złotych) brutto, za 1 godzinę realizacji obowiązków z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego podczas zabiegu replantacyjnego prowadzonego poza godzinami ujętymi w harmonogramie korzystania z sal operacyjnych Szpitala, liczoną od czasu określonego przez Izbę Przyjęć".

…….....
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 operacyjnego

Kryterium oceny ofert:

1) zadeklarowana kwota wynagrodzenia (maksymalnie 80 punktów)

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

2) posiadanie tytułu specjalisty z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego (maksymalnie 20 punktów).

Załączniki do oferty:

1. Kopia dokumentów potwierdzających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową (dyplom, prawo wykonywania zawodu, posiadane potwierdzenie ukończenia szkolenia specjalizacyjnego),
2. Wpis do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu,
3. Zaświadczenie o wpisie do centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
4. Polisa obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
5. Aktualne zaświadczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,
6. Aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
7. Opis przebiegu pracy zawodowej potwierdzający niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie oferowanych usług,
8. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego.