

.....
pieczęć oferenta

**FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE LEKARSKICH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**

W związku z konkursem ofert ogłoszonym przez Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi **na usługi lekarskie w zakresie dyżurów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym** na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, niniejszym składam ofertę.

W załączeniu do oferty przedkładam:

1. kserokopię decyzji o wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej wojewody lub Ministra Zdrowia, albo wypis z takiego rejestru, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert / kserokopię dokumentu stwierdzającego wpis do rejestru praktyki prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską*,
2. kserokopię aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego wystawionych nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert / aktualny wydruk z właściwego rejestru działalności gospodarczych*,
3. kserokopię obowiązującego statutu zakładu opieki zdrowotnej*,
4. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych, w tym prawa wykonywania zawodu lekarza, dyplomu ukończenia uczelni medycznej oraz posiadanych specjalizacji,
5. umowę ubezpieczenia lub oświadczenie o zobowiązaniu się do zawarcia takiej umowy ubezpieczenia, najpóźniej w dniu zawarcia umowy w ramach niniejszego postępowania,
 - a) odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych
 - b) OC lekarzy i lekarzy dentyków wykonujących zawód na terytorium RP*.
 - c) z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obejmuje zdarzenia medyczne w rozumieniu tej ustawy, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej*.

.....
miejsce i data

.....
podpis osoby upoważnionej

* niepotrzebna skreślić

.....
pieczęć oferenta

**FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE LEKARSKICH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia opublikowanego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, 90-153 Łódź, ul. Kopcińskiego 22, dotyczącego konkursu w zakresie stanowiącym przedmiot oferty.
2. zapoznałem się z projektem umowy przygotowanym przez Udzielającego zamówienie i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej USK nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi, dotyczących: imienia, nazwiska, adresu do korespondencji, prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza specjalisty, kwalifikacji zawodowych, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego, w związku z udzielaniem świadczeń dla potrzeb realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ USK nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi.
4. będę przestrzegał ochrony danych osobowych pacjentów oraz będę przestrzegał Zarządzeń i innych aktów wewnętrznych stosowanych w Szpitalu.
5. wszystkie załączone do formularza ofertowego dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.

Zobowiązuję się:

1. do udzielania świadczeń, z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
2. do zawarcia umowy w ciągu 20 dni od daty ogłoszenia zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku.

.....
miejsce i data

.....
podpis osoby upoważnionej

* niepotrzebna skreślić

.....
pieczęć oferenta

**FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE LEKARSKICH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**

OFERTA CENOWA

Oferuję udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych **w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**:

Stawka za 1 godzinę pracy podczas dyżuru lekarskiego wg harmonogramu:

..... zł.

(słownie złotych:)

Deklarowana ilość godzin pracy podczas dyżuru lekarskiego wg harmonogramu:

Minimum 24 godziny

Maksimum godzin

.....
miejsowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

* niepotrzebna skreślić

.....
pieczęć oferenta

**FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE LEKARSKICH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**

Lp.	Imię i nazwisko osoby udzielającej świadczenia	Posiadana specjalizacja/stopień specjalizacji	Staż pracy (w latach)
1	2	3	4

.....
miejsowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej