Załącznik nr 2 konkursu
Znak sprawy: A.I.4240 – 6/16

FORMULARZ OFERTY
Nazwa praktyki

(w przypadku innych podmiotów proszę o podanie nazwy placówki, adresu siedziby, danych dotyczących placówki, personelu medycznego, liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń): *******

Nazwa: …….....…

ul. .....kod ..... miejscowość .....

Telefon: ..... , adres e-mail:……..

NIP..... REGON ..... PESEL: .....

Nr prawa wykonywania zawodu: ..... (dołączyć kserokopię)

Nr wpisu do właściwego rejestru: ..... (dołączyć kserokopię)

Nazwa organu, który dokonał wpisu: .....

Część I. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w Ortopedycznym Centrum Zabiegowym w zakresie (zaznaczyć x we właściwej kratce):

- ❑ **Lekarz Operator***
  - ❑ lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej,
  - ❑ lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii urazowo – ortopedycznej,
  - ❑ lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii,
  - ❑ lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
- ❑ **Lekarz – Asysta I i II**
  - ❑ lekarz specjalista w zakresie……
  - ❑ lekarz w trakcie specjalizacji w zakresie……...
- ❑ **Lekarz anestezjolog – zespół zabiegowy**
- ❑ **Lekarz zabiegi termolezji i termonucleoplastyki (operator, asysta do termonucleoplastyki)**
  - ❑ lekarz specjalista w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii
  - ❑ lekarz specjalista w zakresie neurochirurgii
- ❑ **Pielęgniarka anestezjologiczna**
- ❑ **Pielęgniarka operacyjna**

**Złożenie oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarz operator jest równoznaczne ze złożeniem oferty również w zakresie Asysty I i II.*

Część II. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w Centrum Ambulatoryjnym w zakresie (zaznaczyć znak x we właściwej kratce):

- ❑ **Lekarz Operator**
  - ❑ lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej,
  - ❑ lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii urazowo – ortopedycznej,
  - ❑ lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii,
  - ❑ lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
- ❑ **Pielęgniarka**

Część III. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych (porad specjalizacyjnych) w Centrum Ambulatoryjnym Poradnia Urazowo – Ortopedyczna w następujących dniach i godzinach (należy uwzględnić warunki określone w pkt. 4.1. warunków)

Dzień……..godziny: od…….do……..

Dzień……..godziny: od…….do……..

Dzień……..godziny: od…….do……..

Dzień……..godziny: od…….do……..

Dzień……..godziny: od…….do……..

<u>Dotyczy części III:</u>

Proponowany udział ……..% w cenie porady/badania, określonej w Cenniku Zamawiającego.

<u>Dotyczy części I i II:</u>

Oświadczam, że akceptuję stawki złotowe wskazane przez Zamawiającego w Regulaminie udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii oraz Procedurach udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych poza systemem powszechnego ubezpieczenia, podane w Załączniku nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu, we wskazanym w ofercie zakresie, jako wynagrodzenie za udzielone na podstawie podpisanej ze mną umowy świadczenia zdrowotne dla pacjentów Zamawiającego.

Akceptuję również możliwość wprowadzenia przez Dyrektora Centrum nowych pozycji do Cennika udzielania świadczeń zdrowotnych Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii tj. takich, które nie zostały wskazane w Załączniku nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu oraz fakt, że wynagrodzenie za udzielanie świadczeń zdrowotnych będzie wówczas wypłacone w wysokości określonej w Regulaminie udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii.

…….
Podpis i pieczęć oferenta

<u>ALBO</u>

Za udzielane świadczenia zdrowotne proponuję następujące wynagrodzenie:

1) Świadczenia zabiegowe wykonywane w trybie hospitalizacji ……..% stawki złotowej, o której mowa w załączniku nr 1
2) Świadczenia zabiegowe wykonywane w trybie ambulatoryjnym ……..% stawki złotowej, o której mowa w załączniku nr 1

…….
Podpis i pieczęć oferenta

Załącznik nr 3 do konkursu
Znak sprawy: A.I.4240 –6/16

OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

konkursowym na udzielanie lekarskich/pielęgniarskich* świadczeń zdrowotnych w Ortopedycznym Centrum Zabiegowym/Centrum Ambulatoryjnym na rzecz pacjentów Krakowskiego Centrum Rehabilitacji i Ortopedii.

Imię i Nazwisko / Nazwa Oferenta ubiegającego się o udzielenie zamówienia:

Adres Oferenta:

Składając ofertę na lekarskie/pielęgniarskie* świadczenia zdrowotne w Ortopedycznym Centrum Zabiegowym, zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższymi warunkami:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, określone w przepisach obowiązującego prawa;
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego
3. Oświadczam, że wzór umowy, stanowiący załącznik do warunków konkursu został przeze mnie zaakceptowany. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że spełniam wymagania określone w rozporządzeniu MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2013 r. poz. 1520)
5. Oświadczam, że spełniam wymagania określone w rozporządzeniu MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.2013 r. poz. 1413 ze zm.)
6. Zobowiązuję się, że w razie wybrania mojej oferty przed przystąpieniem do wykonywania pierwszej czynności na rzecz Zamawiającego, ubezpieczę się od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst. jedn. Dz. U. z 2015 r., nr 618 ze zm.) i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

……
Data i podpis
Oferenta

**niepotrzebne skreślić*