

SP ZOZ Sanatorium Uzdrawiskowe MSWiA „AGAT” w Jeleniej Górze

ul. Cervi 14

58-560 Jelenie Góra

SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
SANATORIUM UZDRAWISKOWE  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji „AGAT”  
w Jeleniej Górze  
ul. Cervi 14, tel. 75 75 52 064+68, fax 75 75 510 93  
NIP 611-22-23-263 REGON 230061055

FORMULARZ OFERTOWY

*na świadczenia medyczne w zakresie:*

**Zadanie nr 1:**

- 1) podstawowe zabezpieczenie opieki zdrowotnej nad pacjentami zgodnie z warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrawiskowego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 23.07.2013 r. zał. nr 1 Opieka lekarska nad kuracjuszem (Oddział Ogólnosanatoryjny i Przychodnia Uzdrawiskowa)
- 2) badanie i ordynacja programu leczniczego dla pacjentów Narodowego Funduszu Zdrowia i pacjentów komercyjnych;

**Zadanie nr 2:**

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia stacjonarnych dyżurów lekarskich oraz tzw. dyżurów pod telefonem;

**Zadanie nr 3**

Nadzór balneologiczny nad funkcjonowaniem i pracą Zakładu Przyrodoleczniczego

**Zadanie nr 4**

Organizacja i nadzór nad pracą Oddziału Ogólnosanatoryjnego - pełnienie funkcji **Kierownika Oddziału Ogólnosanatoryjnego**

*profil leczenia w Sanatorium Uzdrawiskowym:* choroby ortopedyczne i urazowe, choroby reumatologiczne, choroby neurologiczne i choroby nefrologiczne i urologiczne, osteoporoza.

1. Dane oferenta:

Imię: .....  
Nazwisko: .....  
Adres: .....  
Tel. .... mail .....

2. Na spełnienie warunków udziału w konkursie określonych w ogłoszeniu przedstawiam n/w dokumenty:

**Zadanie nr 1\***

- 1) dyplom lekarza – zał. nr .....
- 2) prawo wykonywania zawodu lekarza – zał. nr .....
- 3) dyplom uzyskania tytułu specjalisty lub II stopnia specjalizacji – zał. nr .....
- 4) certyfikat ukończenia kursu balneologii i medycyny fizykalnej – zał. nr .....
- 5) zaświadczenie o wpisie właściwej Izby Lekarskiej – zał. nr .....
- 6) zaświadczenie o wpisie do KRS lub do ewidencji działalności gospodarczej – zał. nr .....
- 7) zaświadczenie o nadaniu nr REGON i NIP – zał. nr .....
- 8) polisę OC – zał. nr .....

**Zadanie nr 2\***

- 1) dyplom lekarza – zał. nr .....
- 2) prawo wykonywania zawodu lekarza – zał. nr .....
- 3) dyplom uzyskania I lub II stopnia specjalizacji – zał. nr .....
- 4) certyfikat ukończenia kursu balneologii i medycyny fizykalnej – zał. nr .....
- 5) zaświadczenie o wpisie właściwej Izby Lekarskiej – zał. nr .....
- 6) zaświadczenie o wpisie do KRS lub do ewidencji działalności gospodarczej – zał. nr .....
- 7) zaświadczenie o nadaniu nr REGON i NIP – zał. nr .....
- 8) polisę OC – zał. nr .....

**Zadanie nr 3\***

- 1) dyplom lekarza – zał. nr .....
- 2) prawo wykonywania zawodu lekarza – zał. nr .....
- 3) dyplom uzyskania tytułu specjalisty lub II stopnia specjalizacji – zał. nr .....
- 4) zaświadczenie o wpisie właściwej Izby Lekarskiej – zał. nr .....
- 5) zaświadczenie o wpisie do KRS lub do ewidencji działalności gospodarczej – zał. nr .....
- 6) zaświadczenie o nadaniu nr REGON i NIP – zał. nr .....
- 7) polisę OC – zał. nr .....

**Zadanie nr 4\***

- 1) dyplom lekarza – zał. nr .....
- 2) prawo wykonywania zawodu lekarza – zał. nr .....
- 3) dyplom uzyskania tytułu specjalisty lub II stopnia specjalizacji – zał. nr .....
- 4) certyfikat ukończenia kursu balneologii i medycyny fizykalnej – zał. nr .....
- 5) zaświadczenie o wpisie właściwej Izby Lekarskiej – zał. nr .....
- 6) zaświadczenie o wpisie do KRS lub do ewidencji działalności gospodarczej – zał. nr .....
- 7) zaświadczenie o nadaniu nr REGON i NIP – zał. nr .....
- 8) polisę OC – zał. nr .....

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na zadanie objęte konkursem – zał. nr.....

Oświadczenie oferenta o braku prawomocnie orzeczonego wobec niego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu – zał. Nr .....

3. proponuje następujące warunki wynagrodzenia tj.:

**Zadanie nr 1: \***

**Wariant 1\*\***

- za opiekę medyczną do 70 pacjentów dziennie: ..... zł/miesiąc  
słownie:..... złotych

**Wariant 2\*\***

- za opiekę medyczną do 35 pacjentów dziennie: ..... zł/miesiąc  
słownie:..... złotych

**Wariant 3\*\***

- za kompleksowe prowadzenie pacjenta : .....zł/pacjent  
słownie:..... ych

**Wariant 4\*\***

badania kuracjusza prywatnego .....zł/pacjent

słownie: ..... złotych

**Zadanie nr 2: \***

1) za 17-godzinny dyżur w dzień zwykły (od 14:30-7:30) ..... zł/dyżur

słownie: ..... złotych

2) za 24-godzinny dyżur w dzień świąteczny, wolny od pracy(7:00-7:00): ..... zł/dyżur

słownie: ..... złotych

3) za 17-godzinny dyżur w dzień zwykły pod telefonem (od 14:30-7:30)..... zł/dyżur

słownie: ..... złotych

4) za 24-godzinny dyżur w dzień świąteczny, wolny od pracy(7:00-7:00) pod telefonem :

..... zł/dyżur

słownie: ..... złotych

5) cena za przyjazd i obsługę medyczną dyżur pod telefonem .....zł/  
II zdarzenie w dniu dyżuru telefonicznego

słownie: ..... złotych

**Zadanie nr 3:\***

- za nadzór balneologiczny nad Zakładem Usprawniania Leczniczego: .....zł/miesiąc

słownie: ..... złotych

**Zadanie nr 4:\***

za kierowanie Oddziałem Ogólnosanatoryjnym: .....zł/miesiąc

słownie: ..... złotych

## OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu, projektem umowy i tym samym je akceptuję.
2. Świadczenia medyczne udzielał będę w siedzibie SP ZOZ Sanatorium Uzdrawiskowym MSWiA „AGAT” w Jeleniej Górze przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Świadczeń medycznych udzielał będę osobiście.
4. Zapoznałem się z warunkami uczestnictwa w konkursie i spełniam określone wymogi oraz zapoznałem się z zakresem obowiązków i czynności do zadań na które składam ofertę.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
7. Jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
8. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych firmy przez SP ZOZ Sanatorium Uzdrawiskowe MSWiA „AGAT” w Jeleniej Górze dla potrzeb realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

*(data i podpis składającego oferty)*

*\*- niepotrzebne skreślić – w zależności od zadania na jakie oferent składa ofertę;*

*\*\* - niepotrzebne skreślić – w zależności, na który wariant opieki medycznej składa ofertę;*

