- Załącznik nr 2 –

 ...............................................

(miejscowość, data)

Pieczęć Oferenta:

Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka

w Raciborzu

ul. Gamowska 3

47 – 400 Racibórz

**O F E R T A**

 **na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**przez lekarza w zakresie ……………………………………………………….**

**w Oddziale ………………………………… Szpitala Rejonowego w Raciborzu**

* w podstawowej ordynacji lekarskiej
* w dyżurowej ordynacji lekarskiej
* świadczenie usług w poradniach
* z jednoczesnym pełnieniem funkcji kierownika / zastępcy kierownika oddziału
1. **Dane Oferenta**
2. Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą

....................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Imię ..…………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Nazwisko ..........................................................................................................................
3. PESEL ...............................................................................................................................
4. Nr prawa wykonywania zawodu ......................................................................................
5. NIP...............................................................REGON.........................................................
6. Adres zamieszkania ……………............................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania) ……………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Tel. Kontaktowy ...............................................................................................................
2. **Kwalifikacje zawodowe Oferenta**
* Specjalista lub specjalizacja II stopnia
* Specjalizacja 1 stopnia
* Odbywanie specjalizacji z ………………………………………………………………………………………
1. **Doświadczenie w pracy / udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym procedurą konkursową:**
* 1 – 5 lat
* 6 – 10 lat
* powyżej 10 lat
1. **Proponowana stawka:**
* za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziale: …………….…………….…………
* za świadczenia zdrowotne udzielane w poradniach: …………………………………………….…………..
* za jedną procedurę: ………………………………………………………………………………………………………….
* za jedną konsultację: ………………………………………………………………………………………………………..
* ryczałt: …………………………………………………………………………………………………………………………….
* kierowanie oddziałem za miesiąc ……………………………………………………………………………………..
* inne: ………………………………………………………………………………………………………………….…………….
1. **Proponowana minimalna liczba godzin udzielania świadczeń miesięcznie na rzecz Udzielającego zamówienie**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| W oddziale szpitalnym | Dyżur medyczny | W Poradniach |
| * 40 -120 godz/m-c
* 121-170 godz/m-c
* Powyżej 170 godz/m-c
* Inne ………………
 | * 0-48 godz/m-c
* 49-96 godz/m-c
* Powyżej 96 godz/m-c
* Inne ………………
 | * 1-3 godz/tydz
* 4-8 godz/tydz
* Powyżej 8 godz/tydz
* Inne ………………
 |

1. **Oświadczenie oferenta**

Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, treścią ogłoszenia o konkursie, kryteriami oceny ofert, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń

………………………………………...… ………….………………………………………

 (data złożenia oświadczenia) (pieczęć i czytelny podpis oferenta)

**WSZYSTKIE SKŁADANE W OFERCIE ZAŁĄCZNIKI WINNY BYĆ POTWIERDZONYMI ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM KOPIAMI WYMAGANYCH DOKUMENTÓW**

Załączniki:

1. kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
2. wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczpospolitej Polskiej lub aktualne zaświadczenie o wpisie do KRS
3. kopie dokumentów (dyplom ukończenia szkoły/uczelni medycznej, prawo wykonywania zawodu, posiadanych specjalizacji)
4. kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy
5. zaświadczenia z przeszkolenia w zakresie bhp i ppoż
6. kopia skierowania na badania lekarskie (wstępne, okresowe, kontrolne) + kopia orzeczenia lekarskiego
7. oświadczenia