Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ze specjalizacją ortopedii i traumatologii narządów ruchu w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z w godzinach ordynacji dziennej nie więcej niż 80 godzin. .
OPO/07/K/2023

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY

W KONKURSIE NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Niniejsza Oferta składana jest w odpowiedzi na Konkurs w zakresie chirurgii ogólnej ze specjalizacją ortopedii i traumatologii narządów ruchu na ogłoszony w dniu 2 lutego 2023 r. przez Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach – s.p.z.o.z. z siedzibą w Katowicach, przy ulicy Panewnickiej nr 65, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice-Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000102533.

1. **Podstawa prawna:** ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.).
2. **Dane Oferenta:** nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub imię i nazwisko oraz adres zamieszkania osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....

.....

Adres: .....

.....

.....

Numer wpisu do właściwego rejestru:

.....

Organ dokonujący wpisu do rejestru:

.....

1. **Oświadczenia Oferenta:**

1) składając niniejszą Ofertę oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia i Warunkami Konkursu OPO/07/K/2023,
2) oświadczam, że uważam się związany Ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert, a okres ten może zostać przedłużony na wniosek Udzielającego zamówienie i za moją zgodą.

2. Oferowana cena za realizację zamówienia:

Zakres	Cena jedn. brutto
1. Godzina udzielania świadczeń zdrowotnych	……..… PLN (słownie: ……)

Oferta jest składana na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w wymiarze nie więcej niż 80 godzin w miesiącu.

……, dnia……

……

Podpis Oferenta

OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY W KATOWICACH
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
tel.: 32 605 35 00, fax: 32 605 35 08
NIP 634-23-05-444 REGON 276267686 NR BDO: 000054612

Śląskie.
Jednostka Ochrony Zdrowia
Samorządu Województwa Śląskiego

Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ze specjalizacją ortopedii i traumatologii narządów ruchu w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z w godzinach ordynacji dziennej nie więcej niż 80 godzin. .
OPO/07/K/2023

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE

O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....

.....

Adres z kodem.....

NIP..... REGON.....

albo PESEL .....

tel. ..... fax..... ;

e-mail:.....

Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:

- ☐ Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem .....
- ☐ nie dotyczy.

Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do*:

- ☐ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- ☐ nie dotyczy

Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

- ☐ Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez ..... pod numerem .....

....., dnia .....

.....

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta

www.kolejowy.katowice.pl sekretariat@kolejowy.katowice.pl /oskolejowy

*Zaznaczyć właściwy

Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ze specjalizacją ortopedii i traumatologii narządów ruchu w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z w godzinach ordynacji dziennej nie więcej niż 80 godzin. .
OPO/07/K/2023

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko osoby legitymującej się posiadaniem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych

.....

Składając Ofertę na: .....

oświadczam, że:

1) zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem Konkursu z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
2) zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych;
3) świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Konkursu Ofert będą wykonywane przez osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje, doświadczenie i uprawnienia do ich wykonywania zgodne z obowiązującymi w Polsce przepisami;
4) osoby wskazane w załączniku nr 6A do Warunków Konkursu, które będą udzielać świadczenia zdrowotne, posiadają dokumenty poświadczające ich kwalifikacje i uprawnienia, tj.:
   a) wyższe wykształcenie medyczne,
   b) specjalizację,
   c) aktualne prawo wykonywania zawodu;
5) świadczenia zdrowotne będą wykonywane zgodnie z wymogami współczesnej wiedzy medycznej, wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż. i BHP, z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie;
6) zobowiązuję się do zgodnego z zasadami ustalonymi u Udzielającego zamówienie użytkowania otrzymanych do korzystania pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz innych środków i sprzętu niezbędnego do udzielenia świadczenia zdrowotnego;
7) oświadczam, że nie posiadam zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia,

Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ze specjalizacją ortopedii i traumatologii narządów ruchu w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z w godzinach ordynacji dziennej nie więcej niż 80 godzin. .
OPO/07/K/2023

....., dnia.....

.....
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu
Oferenta

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....

.....

Składając Ofertę na:

.....

oświadczam, że:

1) kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej potwierdzająca objęcie ubezpieczeniem całej działalności będącej przedmiotem Umowy zostanie dostarczona przeze mnie najpóźniej na dzień przed jej podpisaniem,
2) ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres trwania Umowy z Udzielającym zamówienie.

....., dnia .....

.....
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta

Załącznik nr 5

OŚWIADCZENIE

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....
.....

Składając Ofertę na:

.....

oświadczam, że z pełną starannością zapoznałem się z Warunkami Konkursu, zdobyłem konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę żadnych uwag oraz podpiszę umowę na warunkach określonych w Projekcie umowy stanowiącym Załącznik nr 7 do Warunków Konkursu.

....., dnia .....

.....
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
w imieniu Oferenta

Załącznik nr 6

OŚWIADCZENIE

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:

.....
.....

Oświadczam, że nie zostały wobec mnie wydane prawomocne wyroki ani orzeczenia sądów powszechnych i zawodowych związane z wykonywanym zawodem.*

....., dnia .....

.....
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
w imieniu Oferenta

*W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oświadczenie składają również osoby, które będą wykonywały świadczenia i zostały wskazane w załączniku nr 6A do Warunków Konkursu.

Konkurs na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ze specjalizacją ortopedii i traumatologii narządów ruchu w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z w godzinach ordynacji dziennej nie więcej niż 80 godzin. .
OPO/07/K/2023

Załącznik nr 6A

Imienny wykaz osób, które będą udzielać świadczenia zdrowotne w ramach realizacji zamówienia w zakresie chirurgii w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z

Lp	Imię i Nazwisko	PESEL	Prawo wykonywania zawodu: nr i data	Wykształcenie	Specjalizacja: zakres, stopień i data uzyskania

....., dnia .....

.....
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta