ZAŁĄCZNIK NR 1
DO SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU
OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W USK-2

OFERTA
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU ANESTEZJOLOGII, INTENSYWNEJ TERAPII I OSTRYCH ZATRUĆ
w okresie od dnia ..... r. do dnia ..... r.

SKŁADANA W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM OGŁOSZONYM PRZEZ UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM W SZCZECINIE

Ja niżej podpisana/-y ..... oświadczam, że:

1. Zapoznałam/-em się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 PUM w Szczecinie.
2. Zapoznałam/-em się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" oraz wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, do którego nie wnoszę uwag ani zastrzeżeń.
3. Akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy, stanowiącym Załącznik nr 2 do Szczegółowych warunków konkursu. Oświadczam, że w przypadku akceptacji oferty i ewentualnie po przeprowadzonych rokowaniach zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentach konkursu, zgodnie ze wzorem umowy lub uwzględniającym ustalone przez strony nowe warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Uważam się za związanego z niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert i nie mogę dokonywać zmiany oferty w trakcie trwania postępowania konkursowego.
5. Jestem świadomy, iż moja oferta w zakresie maksymalnej miesięcznej liczby godzin udzielania przeze mnie świadczeń objętych przedmiotem zamówienia nie stanowi podstawy roszczenia wobec Udzielającego zamówienia o ich przyznanie w każdym miesiącu lub roszczenia o zapłatę gotowości do świadczenia usługi.

DANE OFERENTA:

....
imię i nazwisko adres

....
nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych oznaczenie właściwego organu rejestrowego

.....
adres mailowy i nr telefonu

KWALIFIKACJE ZAWODOWE OFERENTA:
.....
.....
.....

ILOŚĆ LAT PRZEPRACOWANYCH W ZAWODZIE: .....
CZAS TRWANIA UMOWY: .....
HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH w Klinice, Blokach Operacyjnych, Poradni (DEKLARACJA):

1) Co najmniej 160 godzin miesięcznie w ramach normalnej ordynacji od poniedziałku do piątku: ❑
2) Co najmniej 80 godzin miesięcznie w ramach normalnej ordynacji od poniedziałku do piątku: ❑
3) Inny harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych ❑ .....
.....
(proszę wpisać)
4) Pełnienie stacjonarnych dyżurów medycznych ❑ Tak ❑ Nie
W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „Tak", proszę wpisać szacunkową ilość w miesiącu:
.....

ZASADY WYNAGRODZENIA ZA REALIZACJĘ USŁUG - OKREŚLA ZAŁĄCZNIK NR 1 DO UMOWY

LOKAL, APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY, LEKI i WYROBY MEDYCZNE, ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI STACJONARNEJ: zapewnia udzielający zamówienia.

Szczecin, dnia ....
Podpis oferenta