**OFERTA**

**Odpowiadając na Ogłoszenie o konkursie ofert z dnia …………. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim w okresie:
nie wcześniej niż od 01.03.2021 r do 31.12.2023r.**

**oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w Części …..w zakresie………………**

**……………………………………………………………………………………………………….
 (**wpisać numer Części i zakres z Ogłoszenia o konkursie)

Imię i nazwisko/nazwa/firma Przyjmującego zamówienia (oferenta)

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

Adres siedziby Przyjmującego zamówienie albo miejsca zamieszkania

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

Adres do korespondencji ……………………………………………………………………………………………

numer telefonu…………………………………………; adres e-mail……………………………………………..

**Forma prowadzonej działalności leczniczej\*):**

- praktyka zawodowa (wpisać rodzaj i zakres praktyki\*\*))

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

- numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez ORL………………

- wpis do CEIDG/ KRS (wpisać odpowiedni rejestr)

- NIP REGON

**Forma prowadzonej działalności leczniczej\*):**

- podmiot leczniczy (wpisać formę organizacyjno-prawną )……………………………………………………….

- numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego wojewodę………………………………………………………………………………………………………….

- wpis do CEIDG/ KRS (wpisać odpowiedni rejestr)

- NIP REGON

\*) wypełnić w zależności od prowadzonej formy działalności leczniczej

\*\*) Indywidualna praktyka lekarska/Indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska/Grupowa praktyka lekarska

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE OŚWIADCZA, ŻE:**

1. zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie, wymaganiami określonymi w dokumencie pn. „Szczegółowe warunki konkursu i wymagania od Przyjmujących zamówienie” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.

2. będzieudzielał świadczeń zdrowotnych objętych konkursemw miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.

3. posiada aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarancyjną zgodnie

z obowiązującymi przepisami\*\*/lub zobowiązuje się do przedłożenia zawartej polisy OC najpóźniej na dwa dni przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych \*\*

4. posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń zdrowotnych

**Deklarowana ilość świadczonych usług w miesiącu oraz warunki wynagrodzenia:**

Część 27. PRACOWNIA ENDOSKOPOWA-LEKARZ\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wyszczególnienie** | **Jednostka rozliczeniowa** | **Deklarowana ilość jednostek rozliczeniowych miesięcznie** | **Proponowana cena jednostkowa brutto za jednostkę rozliczeniową** |
|  | **Świadczenie usług badań diagnostycznych endoskopowych:** |
| 1 | Gastroskopia\* | badanie |  |  |
| 2 | gastroskopia z testem ureazowym\* | badanie |  |  |
| 3 | gastroskopia z badaniem H-P (z oceną)\* | badanie |  |  |
| 4 | gastroskopia z polipektomią i oceną H-P\* | badanie |  |  |
| 5 | Rektoskopia\* | badanie |  |  |
| 6 | rektoskopia z badaniem H-P\* | badanie |  |  |
| 7 | Kolonoskopia\* | badanie |  |  |
| 8 | kolonoskopia z badaniem H-P\* | badanie |  |  |
| 9 | ECPW – endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna - zabieg diagnostyczny / terapeutyczny  | Badanie/zabieg |  |  |

Część 27. PRACOWNIA RENTGENODIAGNOSTYKI OGÓLNEJ- LEKARZ\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wyszczególnienie** | **Jednostka rozliczeniowa** | **Deklarowana ilość jednostek rozliczeniowych miesięcznie** | **Proponowana cena jednostkowa brutto za jednostkę rozliczeniową** |
| 1 | Świadczenie usług diagnostycznych, w tym opisywanie wyników badań | godzina |  |  |

Część 27 PRACOWNIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ - LEKARZ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wyszczególnienie\*\*** | **Jednostka****rozliczeniowa** | **Deklarowane dni i godziny świadczenia usług** | **Proponowana cena jednostkowa brutto za jednostkę rozliczeniową** |
| 1 | Świadczenie usług diagnostycznych - opisywanie wyników badań tomografii komputerowej w Pracowni TK\*\* | opis jednego badania tomografii komputerowej i jego archiwizacja |  |  |
|  | Świadczenie usług diagnostycznych - opisywanie wyników badań tomografii komputerowej zdalnie za pomocą teletransmisji danych\*\* | opis, przesłanie i archiwizacja jednego badania tomografii komputerowej | \_\_\_\_\_\_\_\_ | w trybie planowym: (do 72h opis badania)………. złw trybie pilnym: (do 2 h opis badania)………. zł(do 12 h opis badania)………zł |

\*) wypełnić właściwe \*\*) *niepotrzebne skreślić*

**Do oferty załączam następujące dokumenty**(w postaci kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem):

1. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w szczególności:

a) dyplom ukończenia uczelni,

b) prawo wykonywania zawodu,

c) uzyskane specjalizacje,

d) inne wymagane/posiadane dokumenty potwierdzające uprawnienia do wykonania przedmiotu zamówienia (wpisać jakie)…………………………………………………………………………..

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

 2. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonych
 odpowiednio przez ORL lub właściwego wojewodę

1. Aktualna polisa ubezpieczenia OC\*\*/ lub zobowiązanie Przyjmującego zamówienia do zawarcia polisy na okres obowiązywania umowy\*\*) (niepotrzebne skreślić).
2. Orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia.
3. Inne (wpisać jakie) ………………………………………………………………………………………

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

Oświadczam, że dokumenty wymienione w poz, (np. 1a)..…….….są w posiadaniu Udzielającego zamówienia
i zachowują swoją ważność.

Oświadczam, że posiadam min. dwuletnie doświadczenie w opisywaniu wyników badań tomografii komputerowej, które nabyłem(am) świadcząc w/w usługi na rzecz następujących podmiotów leczniczych:…………………………………………………………………w okresie od ……….. do………

 ………………….…….…………………………

 *(data, miejscowość) (imię, nazwisko i podpis Przyjmującego zamówienie)*