

numer postępowania: NHR.2017.120.16

Bydgoszcz, dnia 5 kwietnia 2017 r.

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2016 poz. 1638), oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 poz. 581)

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

ZAKRES 1 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie neurologii w ramach Kliniki Neurologii:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4.

1.1 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Poradnia Neurologiczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie neurologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w dni robocze w poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

1.2. Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Neurologii,**
- **Poradnia Neurologiczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie neurologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do 160 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

1.3. Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Neurologii,**
- **Poradnia Neurologiczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja lub w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie neurologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do 160 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

1.4. Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Neurologii,**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja lub w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie neurologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie dyżurów medycznych w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 2 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie medycyny pracy w Zespole Poradni Specjalistycznych:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Zespół Poradni Specjalistycznych.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie medycyny pracy.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach konsultacji lekarskich w poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 3 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w ramach Oddziału Klinicznego Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Oddział Kliniczny Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu,**
- **Poradnia Ortopedyczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- udokumentowany 5 letni staż pracy jako specjalista w zakresie/dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze, ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do 128 godzin miesięcznie, a także dyżury medyczne oraz tzw. „dyżury po telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych oraz w Klinice Medycyny Ratunkowej:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

4.1 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych,**

- **Poradnia Nefrologiczna i Nadciśnienia Tętniczego,**
- **Klinika Medycyny Ratunkowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chorób wewnętrznych,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie nefrologii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie hipertensjologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych, nefrologii, hipertensjologii w dni robocze oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do 140 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

4.2 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych,**
- **Poradnia Nefrologiczna i Nadciśnienia Tętniczego,**
- **Klinika Medycyny Ratunkowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chorób wewnętrznych,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie nefrologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych, nefrologii w dni robocze oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do 140 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

4.3 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych,**
- **Poradnia Nefrologiczna i Nadciśnienia Tętniczego,**
- **Klinika Medycyny Ratunkowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chorób wewnętrznych,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie nefrologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych, nefrologii w dni robocze oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do 160 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

4.4 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych,**
- **Poradnia Nefrologiczna i Nadciśnienia Tętniczego,**
- **Klinika Medycyny Ratunkowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chorób wewnętrznych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych

w dni robocze oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do 160 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 5 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w ramach Kliniki Endokrynologii i Diabetologii oraz w Klinice Medycyny Ratunkowej:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Endokrynologii i Diabetologii,**
- **Poradnia Endokrynologii i Diabetologii,**
- **Klinika Medycyny Ratunkowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chorób wewnętrznych,
- w trakcie specjalizacji w dziedzinie endokrynologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych i endokrynologii w dni robocze oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do 160 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 6 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii ogólnej w ramach Kliniki Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej,**
- **Poradnia Chirurgii Ogólnej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chirurgii ogólnej,
- tytuł naukowy doktor nauk medycznych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii ogólnej w dni robocze, dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w Poradni Chirurgii Ogólnej zgodnie z harmonogramem pracy.

ZAKRES 7 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie anestezjologii intensywnej terapii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń medycznych w dni robocze od 7:25 do 15:00 do 160 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze od 15:00 do 7:25 następnego dnia oraz w sobotę, niedzielę i dni wolne od pracy od 7:25 do 7:25 następnego dnia zgodnie z harmonogramem pracy.

ZAKRES 8 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych, kardiologii oraz elektroterapii serca w ramach Kliniki Kardiologii:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Kardiologii,**
- **Poradnia Kardiologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii,
- udokumentowane minimum 3 letnie doświadczenie w zakresie elektroterapii serca.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze do 140 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz zabiegi z zakresu elektrofizjologii i elektroterapii serca i dyżury lekarskie w dni robocze, soboty, niedziele i święta a także ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 9 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie medycyny paliatywnej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym oraz Zakładzie Medycyny Paliatywnej:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Zakład Opiekuńczo-Leczniczny,**
- **Zakładzie Medycyny Paliatywnej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie medycyny paliatywnej,
- stopień naukowy doktor nauk medycznych,
- udokumentowane minimum 5 letnie doświadczenie w pracy w jednostkach o profilu opieki paliatywnej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych po wezwaniu do 160 godzin miesięcznie.

ZAKRES 10 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii plastycznej w ramach Kliniki Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej,**
- **Poradnia Chirurgii Plastycznej,**
- **inne jednostki Udzielającego zamówienia.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chirurgii plastycznej,
- stopień naukowy doktor habilitowany nauk medycznych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do 80 godzin miesięcznie od godz. 7:00 do godz. 19:00 zgodnie z miesięcznym harmonogramem, a także udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie zabiegów komercyjnych według potrzeb Udzielającego zamówienia.

ZAKRES 11 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie patomorfologii w Zakładzie Patomorfologii Klinicznej:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Zakład Patomorfologii Klinicznej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie patomorfologii,
- stopień naukowy doktor habilitowany nauk medycznych,
- udokumentowane minimum 5 letnie doświadczenie w zawodzie patomorfologa.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie wykonywania badań z zakresu patomorfologii według potrzeb Udzielającego zamówienia.

ZAKRES 12 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie otolaryngologii oraz audiologii i foniatrii w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie otolaryngologii,
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie audiologii i foniatrii,
- stopień naukowy doktor habilitowany nauk medycznych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 13 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Klinice Medycyny Ratunkowej.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85112200-9.

13.1. Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Medycyny Ratunkowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chorób wewnętrznych,
- stopień naukowy doktor nauk medycznych
- udokumentowane minimum 15-letnie doświadczenie zawodowe.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych w dni robocze od godz. 09:20 do godz. 15:00 w wymiarze do 120 godzin miesięcznie oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

13.2. Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Medycyny Ratunkowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chorób wewnętrznych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych w formie dyżurów medycznych w dni robocze, soboty, niedziele i święta co najmniej 3 dyżury w miesiącu zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

13.3. Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Medycyny Ratunkowej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 6 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie medycyny ratunkowej lub
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chorób wewnętrznych,
- udokumentowane minimum 5-letnie doświadczenie zawodowe.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny ratunkowej lub chorób wewnętrznych w formie dyżurów stacjonarnych w dni robocze od godz. 7:25 do godz. 15:00 lub od godz. 15:00 do 7:25 następnego dnia lub od godz. 7:25 do godz. 7:25 następnego dnia oraz w soboty, niedziele i święta od godz. 7:25 do godz. 7:25 następnego dnia zgodnie z harmonogramem pracy.

ZAKRES 14 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie dermatologii i wenerologii w ramach Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii,**
- **Poradnia Dermatologii i Wenerologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie dermatologii i wenerologii,
- udokumentowany 5 letni staż pracy na oddziale dermatologicznym.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze do 160 godzin miesięcznie zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

Wymagania konieczne dla Oferentów zainteresowanych świadczeniem usług:

- a) W konkursie ofert w myśl art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zamówienie może być udzielone podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych (przyjmujący zamówienie),
- b) Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- c) Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147-150, 151 ust. 1, 2, 4-6, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- d) Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie oraz na zasadach określonych w umowie, a udzielający zamówienia do zapłaty wynagrodzenia za udzielanie tych świadczeń,
- e) Osoby udzielające świadczeń w imieniu Oferenta lub sam Oferent (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) nie pozostają w stosunku pracy z Udzielającym zamówienie i Oferent zobowiąże się do utrzymania takiego stanu w trakcie trwania umowy, zawartej w wyniku niniejszego konkursu, w zakresie świadczeń zdrowotnych. W przypadku wyłonienia oferty oferenta związanego stosunkiem pracy z Udzielającym zamówienia, oferent (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) zobowiązuje się do rozwiązania umowy o pracę z dniem zawarcia umowy o świadczenia zdrowotne.

Do konkursu mogą przystąpić tylko i wyłącznie osoby spełniające wymagania określone w przepisach szczególnych oraz niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu (dalej SWK).

W sprawach nieuregulowanych w SWK stosuje się obowiązujące przepisy prawa.

WYMOGI FORMALNE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim zgodnie z SWK, w formie maszynopisu lub wydruku i dołączyć od niej wymagane załączniki (dopuszczalne jest wypełnienie załączników przy użyciu długopisu lub pióra czytelnym pismem).
2. Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Tekst tłumaczenia wraz z dokumentem oryginalnym należy dołączyć do oferty.
3. Wszelkie poprawki, przekreślenia lub zmiany w ofercie powinny być parafowane przez Oferenta.
4. Formularz ofertowy należy opracować na załączonym druku „OFERTA”.
5. Oferent nie może dokonywać żadnych zmian we wzorze druku „OFERTA”.
6. Do formularza oferty należy dołączyć wszelkie wymagane w SWK dokumenty.

7. Jeżeli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – konieczne jest jego poświadczenie „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.
8. Udzielający zamówienia może żądać w trakcie postępowania konkursowego oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu załączonego przez Oferenta wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez Oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej autentyczności.
9. Kompletna oferta powinna składać się z:
 - 1) formularza ofertowego Załącznik nr 1 lub nr 2 lub nr 3, lub nr 4, lub nr 5, lub nr 6, lub nr 7, lub nr 8, lub nr 9, lub nr 10, lub nr 11, lub nr 12, lub nr 13, lub nr 14, lub nr 15, lub nr 16, lub nr 17, lub nr 18, lub nr 19.
 - 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z zał. nr 1 lub nr 2 lub nr 3, lub nr 4, lub nr 5, lub nr 6, lub nr 7, lub nr 8, lub nr 9, lub nr 10, lub nr 11, lub nr 12, lub nr 13, lub nr 14, lub nr 15, lub nr 16, lub nr 17, lub nr 18, lub nr 19).
10. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub nadane jako przesyłka pocztowa, niezależnie od daty nadania, będą odrzucane, jeżeli wpłyną do kancelarii szpitala po terminie zakreślonym do ich złożenia.
11. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę w jednym, wybranym przez siebie zakresie. Złożenie większej liczby ofert spowoduje odrzucenie każdej z nich.
12. Propozycje rozwiązań alternatywnych lub wariantowych nie będą brane pod uwagę.
13. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

TERMIN, MIEJSCE ORAZ SPOSÓB SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie

w dniach od 05.04.2017 r. do 12.04.2017 r. do godz. 13:00

(wyłącznie w dni powszednie) w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9.

2. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w kopercie opatrzonej napisem:

***„ Konkurs ofert nr NHR.2017.120.16 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
ogłoszenia (należy wpisać nr zakresu, na który składana jest oferta)
nie otwierać przed 12.04.2017 r. godz. 14:00 ”***

3. Na wniosek Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty wraz z numerem jakim została oznakowana oferta.
4. W przypadku nadania oferty za pośrednictwem poczty należy ofertę umieścić w zaklejonej i opisanej kopercie w sposób określony powyżej, następnie zaklejoną kopertę włożyć do kolejnej koperty i zaadresować, z dopiskiem „***Konkurs ofert nr NHR.2017.120.16 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszenia (należy wpisać nr zakresu, na który składana jest oferta)***” pod niżej wskazany adres.

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza

**ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz**

5. W przypadku osobistego złożenia oferty przez Oferenta należy umieścić na kopercie adres zwrotny oraz numer telefonu kontaktowego. Powyższe dotyczy również wewnętrznej koperty oferty złożonej drogą pocztową bez zwrotnego potwierdzenia nadania.
6. Oferta przesłana pocztą złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do Szpitala przed upływem terminu zakreślonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w rejestrze Kancelarii Szpitala.

UDZIELANIE WYJAŚNIEŃ dot. KONKURSU

1. Każdy Oferent może zwrócić się do Udzielającego zamówienia o wyjaśnienie treści SWK.
2. Do kontaktów z Oferentami upoważnione są: Jowita Kokocha, Marlena Nawrot oraz Aleksandra Borucka (tel. 52 585 49 55, 52 585 41 63 w godzinach od 09:00 do 14:00).

MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa **w dniu 12.04.2017 r. do godz. 14:00** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **do dnia 18.04.2017 r. do godz. 15:00**.

POSTĘPOWANIE KONKURSOWE

1. Otwarcie ofert nastąpi w terminie i miejscu wskazanym w ogłoszeniu oraz w SWK.
2. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej. Oferent może uczestniczyć tylko w jawnej części konkursu.
3. Komisja konkursowa:
 - 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz informuje o liczbie otrzymanych ofert;
 - 2) ogłasza dane personalne oraz adres Oferenta, którego oferta jest otwierana;
 - 3) jeżeli oferta dotyczy określonej części/zakresu (określonych świadczeń), na które oferent złoży swoją aplikację, Komisja konkursowa również o tym informuje;
 - 4) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w SWK;
 - 5) odrzuca oferty nieodpowiadające wymogom określonym w SWK lub złożone po terminie;
 - 6) ogłasza Oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w SWK, a które zostały odrzucone;
 - 7) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia składane przez Oferentów;
 - 8) komisja konkursowa wzywa Oferentów do usunięcia braków formalnych w terminie 2 dni od daty otwarcia ofert pod rygorem odrzucenia oferty;
 - 9) wybiera najkorzystniejsze oferty.
4. Czynności, o których mowa ust. 3 pkt. 4, 5 i 9 komisja konkursowa przeprowadza na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów.
5. W trybie przewidzianym w ust. 3 pkt. 8 nie można dokonać uzupełnienia oferty w zakresie propozycji cenowej oraz warunków wykonywania świadczeń zdrowotnych.

KRYTERIA OCENY OFERT

1. Podstawą oceny ofert złożonych przez Oferentów, będą następujące kryteria:

– **stawka za udzielanie świadczeń: 100 %**

stawka minimalna

-----x waga kryterium = punktacja

stawka oferty badanej

Stawka minimalna najmniejsza deklarowana stawka spośród wszystkich ofert.

Przyjmuje się, że 1%=1 pkt. i tak zostanie przeliczona liczba punktów.

2. Jeżeli kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie postępowanie ulega unieważnieniu w tym zakresie.

3. W przypadku, gdy kilku oferentów uzyska jednakową ilość punktów, pod uwagę będą brane:

- dodatkowe staż i doświadczenie
każdy dodatkowy rok stażu = 0,01 pkt.;
- dodatkowe kursy lub specjalizacja
każdy dodatkowy kurs lub specjalizacja = 0,05 pkt.

ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU

1. Komisja konkursowa dokonując wyboru kieruje się przedstawionymi powyżej kryteriami oceny ofert.

2. Jeżeli kwota najkorzystniejszej oferty złożonej w danym zakresie przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, Dyrektor Szpitala unieważnia postępowanie w tym zakresie.

3. Komisja konkursowa niezwłocznie przedstawia Udzielającemu zamówienia (Dyrektorowi Szpitala) protokół z przebiegu konkursu.

4. Komisja konkursowa powiadomi o wyniku konkursu podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko świadczeniodawcy, który został wybrany. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na tablicy ogłoszeń Szpitala oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.

5. Odrzuca się ofertę:

- 1) złożoną przez oferenta po terminie;
- 2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
- 3) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
- 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
- 6) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
- 7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego zamówienie.

- 8) złożoną przez świadczeniodawcę, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent jest związany ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.

PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia konkursu na każdym jego etapie oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny, w tym części/zakresu konkursu.
2. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu do składania ofert, Udzielający zamówienia może zmodyfikować treść ogłoszenia oraz dokumentów składających się na SWK dotyczących zmiany terminu składania ofert.
3. O każdej zmianie Udzielający zamówienia zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.
4. Oferta musi wyrażać stanowczą wolę oferenta zawarcia umowy o definitywnie określonej treści, w innym przypadku zainteresowanemu nie przysługuje status Oferenta.
5. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
6. Umowy na świadczenie usług zawarte zostaną w zakresie 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 2, 7, 8, 9, 11, 12, 13.1, 13.2, 13.3, 14 od 01.05.2017 r. do 30.04.2020 r., w zakresie 3, 5, 6 od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r., w zakresie 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, od 01.06.2017 r. do 31.08.2018 r., w zakresie 10 od 01.05.2017 r. do 30.04.2018 r.
7. Oferty odrzucone, nieprzyjęte a także w przypadku odwołania, uwzględnienia protestu lub umorzenia części/zakresu postępowania konkursowego zostaną stosownie do odpowiedniej części/zakresu komisyjnie zniszczone.

UNIEWAŻNIENIE KONKURSU

1. Unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, następuje gdy:
 - 1) nie wpłynęła żadna oferta;
 - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 3) odrzucono wszystkie oferty;
 - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający Zamówienie przeznaczył na finansowanie w danym postępowaniu;
 - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

PRAWO OFERENTÓW DO ODWOŁAŃ

1. Oferenci, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
 - 1) wybór trybu postępowania,
 - 2) niedokonanie wyboru Oferenta,
 - 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Szpitala, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

ZATWIERDZAM

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA
udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy z zakresu neurologii w ramach Kliniki Neurologii
Zakres 1.1

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... % - wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, na czas trwania umowy wartości świadczenia płatnego przez NFZ za osobiście wykonane świadczenia w Poradni.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.05.2017 r. do 30.04.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczęcią imienną.

.....
podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie neurologii w ramach Kliniki Neurologii.
– w Zakresie 1.2.**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w soboty, niedziele, święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy, stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego

wzrasta o **PLN** w dni robocze, soboty, niedzielę i święta po przekroczeniu **80 godzin** w danym miesiącu,

..... % procentowy udział (prowizja) w zapłaconej sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ wykonanych w:

1. Klinice Neurologii w zakresach NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA,
 2. Oddział Udarów Mózgu w zakresie NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA - A48, A51,
- przy czym wartość zapłaconej sprzedaży, dla potrzeb naliczenia prowizji, będzie ustalana na podstawie wyceny świadczeń, zawartej w umowie z NFZ obowiązującej na dzień zawarcia niniejszej Umowy (niezależnie od ewentualnych zmian tej wyceny) oraz ten sam procentowy udział w kwotach zapłaconych przez pacjentów (pokrywających pełny koszt pobytu i udzielonych świadczeń u Udzielającego zamówienia) we wskazanych jednostkach organizacyjnych.

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.05.2017 r.** do dnia **30.04.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie neurologii w ramach Kliniki Neurologii.
– w Zakresie 1.3.

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w soboty, niedziele, święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy, stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego

wzrasta o **PLN** w dni robocze, soboty, niedzielę i święta po przekroczeniu **80 godzin** w danym miesiącu,

..... % procentowy udział (prowizja) w zapłaconej sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ wykonanych w:

1. Klinice Neurologii w zakresach NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA,
 2. Oddział Udarów Mózgu w zakresie NEUROLOGIA - HOSPITALIZACJA - A48, A51,
- przy czym wartość zapłaconej sprzedaży, dla potrzeb naliczenia prowizji, będzie ustalana na podstawie wyceny świadczeń, zawartej w umowie z NFZ obowiązującej na dzień zawarcia niniejszej Umowy (niezależnie od ewentualnych zmian tej wyceny) oraz ten sam procentowy udział w kwotach zapłaconych przez pacjentów (pokrywających pełny koszt pobytu i udzielonych świadczeń u Udzielającego zamówienia) we wskazanych jednostkach organizacyjnych.

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.05.2017 r.** do dnia **30.04.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....

podpis Oferent

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie neurologii w ramach Kliniki Neurologii.
– w Zakresie 1.4.**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w soboty, niedziele, święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy, stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego wzrasta o PLN w dni robocze, soboty, niedziele i święta po przekroczeniu **80 godzin** w danym miesiącu,

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.05.2017 r.** do dnia **30.04.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA
udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie medycyny pracy
w Zespole Poradni Specjalistycznych
Zakres 2

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN -cena jednostkowego badania okresowego jonizującego,

..... PLN- cena jednostkowego badania okresowego,

..... PLN- cena jednostkowego badania okresowego (student),

..... PLN cena jednostkowego badania sanitarno - epidemiologicznego,

..... PLN- cena jednostkowego badania sanitarno–epidemiologicznego (student),

..... PLN konsultacja lekarska przed szczepieniem przeciw WZW typ B.

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.05.2017 r.** do dnia **30.04.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczęcią imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistę w zakresie ortopedii
i traumatologii narządu ruchu w ramach Oddziału Klinicznego Ortopedii
i Traumatologii Narządu Ruchu
Zakres 3**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty,
niedziele i święta,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. „dyżuru pod telefonem”
w dni robocze,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. „dyżuru pod telefonem” w soboty, niedziele i święta,

..... % procentowy udział (prowizja) w zapłaconej sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ wykonanych w:

1. Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w zakresach ORTOPEDIA I TRAUMAT NARZ RUCHU – HOSPITALIZACJA, ORTOPEDIA I TRAUMAT NARZ RUCHU - HOSPITALIZACJA - H11, przy czym wartość zapłaconej sprzedaży, dla potrzeb naliczenia prowizji, będzie ustalana na podstawie wyceny świadczeń, zawartej w umowie z NFZ obowiązującej na dzień zawarcia niniejszej Umowy (niezależnie od ewentualnych zmian tej wyceny) oraz ten sam procentowy udział w kwotach zapłaconych przez pacjentów (pokrywających pełny koszt pobytu i udzielonych świadczeń u Udzielającego zamówienia) we wskazanych jednostkach organizacyjnych,

..... % wartości świadczenia płatnego przez NFZ za osobiście wykonane świadczenia w Poradni z wyłączeniem udzielania świadczeń zdrowotnych w formie porady onkologicznej,

..... PLN za poradę onkologiczną.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówek oferenta

OFERTA

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Nefrologii,
Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych oraz w Klinice Medycyny Ratunkowej
Zakres 4.1/4.2/4.3/4.4*

*niepotrzebne skreślić

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze w obsadzie jednego lekarza,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta w obsadzie jednego lekarza,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze w obsadzie dwóch lekarzy,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta w obsadzie dwóch lekarzy,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze, soboty, niedziele i święta w Klinice Medycyny Ratunkowej.

Świadczenia w Poradni:

..... % - wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, na czas trwania umowy wartości świadczenia płatnego przez NFZ za osobiście wykonane świadczenia w Poradni.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.08.2018 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w ramach Kliniki Endokrynologii
i Diabetologii oraz w Klinice Medycyny Ratunkowej
Zakres 5**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty,
niedziele i święta,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni
robocze, soboty, niedziele i święta w Klinice Medycyny Ratunkowej.

Świadczenia w Poradni:

..... % - wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, na czas trwania umowy wartości świadczenia płatnego przez NFZ za osobiście wykonane świadczenia w Poradni.

..... PLN za 1 badanie USG.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii ogólnej
w ramach Kliniki Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej
Zakres 6**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta,

..... procentowy udział (prowizja) w zapłaconej sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ wykonanych w:

Klinice **Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej** w zakresach: chirurgia ogólna - hospitalizacja, chirurgia ogólna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny, przy czym wartość zapłaconej sprzedaży, dla potrzeb naliczenia prowizji, będzie ustalana na podstawie wyceny świadczeń, zawartej w umowie z NFZ według stanu na dzień **01.01.2017** oraz ten sam procentowy udział w kwotach zapłaconych przez pacjentów (pokrywających pełny koszt pobytu i udzielonych świadczeń u Udzielającego zamówienia) we wskazanych jednostkach organizacyjnych PLN za konsylium onkologiczne.

Świadczenia w Poradni:

..... % - wartości świadczenia płatnego przez NFZ za osobiście wykonane świadczenia w Poradni, z wyłączeniem udzielania świadczeń zdrowotnych w formie porady onkologicznej.
..... PLN za poradę onkologiczną.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA
udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie anestezjologii
i intensywnej terapii w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci
Zakres 7

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem,

..... **PLN** za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze,

..... **PLN** za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta,

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.05.2017 r.** do dnia **30.04.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

na świadczenie usług zdrowotnych przez **lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych, kardiologii oraz elektroterapii serca w ramach Kliniki Kardiologii zakres 8**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem,

..... **PLN** za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta,

Lp.	Świadczenie	Operator I	Operator II	Nadzór nad szkolonym
		PLN	PLN	PLN
1.	Wszczepienie/reoperacja rozrusznika serca lub rejestratora arytmii			
2.	Usunięcie elektrod rozrusznika serca lub kardiowertera-defibrylatora			
3.	Wszczepienie/reoperacja kardiowertera-defibrylatora			
4.	Wszczepienie/wymiana kardiowertera-defibrylatora resynchronizującego			
5.	Wszczepienie/wymiana rozrusznika resynchronizującego			
6.	Badanie elektrofizjologiczne serca (EPS)			
7.	Ablacja zaburzeń rytmu serca (i leczenie zabiegowe ZRS <18 r. ż.)			
8.	Biopsja mięśnia sercowego			
9.	Cewnikowanie serca/angiografia			
10.	Diagnostyka omdleń (test pochyleniowy + 24 h EKG)			
11.	Udział w zabiegu kardiochirurgicznym wszczepienia/reoperacji rozrusznika serca lub kardiowertera-defibrylatora			

..... % - wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, na czas trwania umowy, za udzielanie świadczeń z zakresu kardiologii (świadczenia specjalistyczne i pierwszorazowe),

..... % - ale nie więcej niż 30 zł - wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, na czas trwania umowy, za udzielanie świadczeń z zakresu kontroli rozrusznika serca (świadczenia specjalistyczne i pierwszorazowe),

..... % - ale nie więcej niż 40 zł - wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, na czas trwania umowy, za

udzielanie świadczeń z zakresu kontroli kardiowertera-defibrylatora (świadczenia specjalistyczne i pierwszorazowe).

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.05.2017 r. do 30.04.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczęcią imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA
udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie medycyny paliatywnej
w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym oraz Zakładzie Medycyny Paliatywnej
Zakres 9

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

.....PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Medycyny Paliatywnej,

.....PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym.

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.05.2017 r.** do dnia **30.04.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA
udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii plastycznej w ramach Kliniki Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej
Zakres 10

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

.....PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze,

.....PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń ambulatoryjnych w poradni,

..... procentowy udział od wartości netto wykonanego zabiegu komercyjnego w znieczuleniu miejscowym – operator główny,

..... procentowy udział od wartości netto wykonanego zabiegu komercyjnego w znieczuleniu ogólnym – operator główny.

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.05.2017 r.** do dnia **30.04.2018 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA
udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie patomorfologii w Zakładzie
Patomorfologii Klinicznej
Zakres 11

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

-PLN za 1 badanie BCA,
-PLN za 1 badanie cytologiczne,
-PLN za 1 cytologię ginekologiczną,
-PLN za 1 badanie śródoperacyjne,
-PLN za 1 badanie histopatologiczne,

.....PLN za 1 badanie immunologiczne,
.....PLN za 1 badanie z zakresu medycyny sądowej,
.....PLN za 1 badanie HER,
.....PLN za 1 badanie immuno patomorfologia,
.....PLN za 1 badanie oligobiopsji,
.....PLN za 1 sekcję,
.....PLN za 1 trepanobiopsję .

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.05.2017 r.** do dnia **30.04.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA
udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie otolaryngologii oraz
audiologii i foniatrii w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem
Audiologii i Foniatrii
Zakres 12

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

- 1) procentowy udział (prowizja) w zapłaconej sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ lub jego następcę prawnego w procedurach niezabiegowych wykonanych w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii w przypadku gdy:

1. rozpoznanie zasadnicze ICD - 10 będzie z grupy H80, H81, H82*, H83, H90, H91, H92, H93, H94*, H95, R42 ,R43, R44, R45, R46;
 2. lekarzem wypisującym pacjenta będzie Przyjmujący zamówienie, przy czym wartość zapłaconej sprzedaży, dla potrzeb naliczenia prowizji, będzie ustalana na podstawie wyceny świadczeń, zawartej w umowie z NFZ lub jego następcę prawnego obowiązującej na dzień zawarcia niniejszej Umowy (niezależnie od ewentualnych zmian tej wyceny) oraz ten sam procentowy udział w kwotach zapłaconych przez pacjentów (pokrywających pełny koszt pobytu i udzielonych świadczeń u Udzielającego zamówienia) we wskazanych jednostkach organizacyjnych.
- 4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.05.2017 r.** do dnia **30.04.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętąką imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Klinice Medycyny Ratunkowej
Zakres 13.1**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN ryczałt za udzielane świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem za nie mniej niż 100 i nie więcej niż 120 godzin, z zastrzeżeniem, iż w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem w

ilości mniejszej niż 100 godzin, wynagrodzenie w kwocie **A** ulegnie proporcjonalnemu zmniejszeniu liczonego według wzoru:

$$Y = \frac{A}{120} \times \text{liczba godz. wypracowanych w danym miesiącu}, \text{ gdzie}$$

Y - należność dla Przyjmującego zamówienie
A – kwota ryczału

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze,

..... PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedzielę i święta.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.05.2017 r. do 30.04.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczęcią imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Klinice Medycyny Ratunkowej
Zakres 13.2**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze, w soboty, niedzielę i święta.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.05.2017 r. do 30.04.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Klinice Medycyny Ratunkowej
Zakres 13.3**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... **PLN** za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego dni robocze, w soboty, niedzielę i święta,

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.05.2017 r. do 30.04.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.

.....

podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie dermatologii
i wenerologii w ramach Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową
i Immunodermatologii
Zakres 14**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

2) Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3) Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

.....PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.05.2017 r. do 30.04.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu lekarza;
- 2) kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Bydgoskiej Izby Lekarskiej;
- 5) polisa od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy;
- 7) udokumentowany staż pracy;
- 8) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy).

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.

.....
Podpis Oferenta