

numer postępowania: NHR.2017.120.22

Bydgoszcz, dnia 10 maja 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.

1.5. 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.

**ZAKRES 2 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Zespole Poradni Specjalistycznych:**

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

2.1 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Zespół Poradni Specjalistycznych-** Poradnia Medycyny Pracy.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie medycyny pracy.

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

2.2 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Zespół Poradni Specjalistycznych-** Poradnia Położnictwa i Ginekologii.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie położnictwa i ginekologii.

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

2.3 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Zespół Poradni Specjalistycznych-** Poradnia Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie pediatrii,
- udokumentowany ukończony kurs z zakresu żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych,
- udokumentowane 3 letnie doświadczenie zawodowe w pracy z zakresu żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach szpitalnych oraz domowych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie żywienia dojelitowego i pozajelitowego w ramach konsultacji lekarskich w warunkach szpitalnych oraz domowych do 200 godzin miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**2.4 Miejscem udzielania świadczeń jest:**

- **Zespół Poradni Specjalistycznych-** Poradnia Neurologii dla Dzieci.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie neurologii dziecięcej.

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

**2.5 Miejscem udzielania świadczeń jest:**

- **Zespół Poradni Specjalistycznych-** Poradnia Genetyczna.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie genetyki klinicznej.

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

**2.6 Miejscem udzielania świadczeń jest:**

- **Zespół Poradni Specjalistycznych-** Poradnia Chirurgii Ogólnej.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- Specjalizacja lub w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie chirurgii ogólnej.

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

**ZAKRES 3 - 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 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 2 osób 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.

**ZAKRES 5- 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.

**ZAKRES 6 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie urologii w ramach Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej:**

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

6.1 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej,**
- **Poradnia Urologiczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie urologii,
- udokumentowane 10-letnie doświadczenie w zawodzie.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze, ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do 130 godzin miesięcznie, a także dyżury medyczne oraz tzw. „dyżury po telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz udzielanie świadczeń w formie konsultacji tzw. konsylium pakietu onkologicznego.

6.2 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej,**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowany zdany egzamin specjalizacyjny w dziedzinie urologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze do 100 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz udzielanie świadczeń w formie konsultacji tzw. konsylium pakietu onkologicznego.

6.3 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- w trakcie specjalizacji w dziedzinie urologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze do 100 godzin miesięcznie/przez 1 osobę oraz dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**ZAKRES 7 - 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 125 godzin miesięcznie, a także dyżury medyczne oraz tzw. „dyżury po telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

**ZAKRES 8 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii dziecięcej w ramach Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży:**

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

8.1 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży,**
- **Poradnia Chirurgii Dziecięcej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chirurgii dziecięcej,
- stopień naukowy doktor nauk medycznych,
- udokumentowany 10 letni staż pracy w zawodzie.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od godz. 9:20 do godz. 15:00, ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do 120 godzin miesięcznie, a także dyżury medyczne i tzw. „dyżury po telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz udzielanie świadczeń w formie konsultacji tzw. konsylium pakietu onkologicznego.

8.2 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży,**
- **Poradnia Chirurgii Dziecięcej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chirurgii dziecięcej,
- udokumentowany 3 letni staż pracy w zawodzie.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze, ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni do 160 godzin miesięcznie, a także dyżury medyczne oraz tzw. „dyżury po telefonem” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

### **8.3 Miejscem udzielania świadczeń jest:**

- **Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży,**
- **Poradnia Chirurgii Dziecięcej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie chirurgii dziecięcej,
- stopień naukowy doktor nauk medycznych,
- udokumentowany 10 letni staż pracy w zawodzie.

Przedmiot konkursu obejmuje ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni, a także dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta 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 czerpnym piórem).

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 pieczętą 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, lub nr 20 lub nr 21.
  - 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, lub nr 20 lub nr 21).
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 10.05.2017 r. do 16.05.2017 r. do godz. 10:30**

**(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.2017.120.22 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie .....  
ogłoszenia (należy wpisać nr zakresu, na który składana jest oferta)  
nie otwierać przed 16.05.2017 r. godz. 11:30 ”***

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.2017.120.22 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 16.05.2017 r. do godz. 11:30** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **do dnia 19.05.2017 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, 2.1, 2.6, 3, 5, 6.3, 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 1.5, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 6.1, 7, 8.1, 8.2, 8.3 od **01.07.2017 r. do 30.06.2020 r.**, w zakresie 6.2 od **01.07.2017 r. do 30.06.2018 r.**

### **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:**

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

**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 01.06.2017 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 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:

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

### 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 **01.06.2017 r.** do dnia **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 lekarzy w zakresie neurologii w ramach Kliniki Neurologii.  
– w Zakresie 1.3.**

### I. DANE O OFERENCIE:

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

### 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 **01.06.2017 r.** do dnia **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 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:

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

#### 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 **01.06.2017 r.** do dnia **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 pieczętąką imienną.**

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

## OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie neurologii w ramach Kliniki Neurologii.  
– w Zakresie 1.5.**

### I. DANE O OFERENCIE:

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

### 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 **01.07.2017 r.** do dnia **30.06.2020 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 Zespole Poradni Specjalistycznych**  
**Zakres 2.1**

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 **01.06.2017 r.** do dnia **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 pieczęcią imienną.**

.....

podpis Oferenta



.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**  
**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Zespole Poradni Specjalistycznych**  
**Zakres 2.2**

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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:

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

porada onkologiczna: ..... PLN,

porada komercyjna: .....% - wartości porady,

konsultacja szpitalna: ..... PLN,

pobranie materiału do badania cytologicznego w ramach programu profilaktycznego raka szyjki macicy: ..... PLN.

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.07.2017 r.** do dnia **30.06.2020 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 Zespole Poradni Specjalistycznych**  
**Zakres 2.3**

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 zgodnie z harmonogramem przez pierwsze 160 godzin,

.....PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem od 161 do 200 godzin.

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.07.2017 r.** do dnia **30.06.2020 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 nagłówek oferenta

**OFERTA**  
**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Zespole Poradni Specjalistycznych**  
**Zakres 2.4**

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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,

..... PLN konsultacja szpitalna,

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.07.2017 r.** do dnia **30.06.2020 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 Zespole Poradni Specjalistycznych**  
**Zakres 2.5**

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 jeden punkt wartości świadczenia płatnego przez NFZ za osobiście wykonane świadczenia w Poradni Genetycznej,

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.07.2017 r.** do dnia **30.06.2020 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 Zespole Poradni Specjalistycznych**  
**Zakres 2.6**

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 jeden punkt wartości świadczenia płatnego przez NFZ za osobiście wykonane świadczenia w Poradni Chirurgii Ogólnej,

4) proponowany czas trwania umowy: od dnia **01.06.2017 r.** do dnia **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 3**

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 pieczętąką 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\*

\*niepotrzebne skreślić

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 zakresie dermatologii i wenerologii w ramach Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii  
Zakres 5**

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 01.06.2017 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**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie urologii w Klinice Urologii Ogólnej i Onkologicznej.  
– w zakresie 6.1

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Urologicznej zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

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

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

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

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

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji w ramach Konsylium tzw. Pakietu Onkologicznego,

4) Proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2017 r. do 30.06.2020 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**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarzy w zakresie urologii w Klinice Urologii Ogólnej i Onkologicznej.**  
– w zakresie 6.2

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze,

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

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji w ramach Konsylium tzw. Pakietu Onkologicznego,

4) Proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2017 r. do 30.06.2018 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**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarzy w zakresie urologii w Klinice Urologii Ogólnej i Onkologicznej.**  
– w zakresie 6.3

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze,

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

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 pieczętką imienną.**

.....

podpis Oferenta

.....  
Pieczęć nagłówkowa oferenta

**OFERTA**

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie ortopedii  
i traumatologii narządu ruchu w ramach Oddziału Klinicznego Ortopedii  
i Traumatologii Narządu Ruchu  
Zakres 7**

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA-ZABIEGI ENDOPROTEZOPLASTYKI H01, H02, H09, H10, H11, H13, H14, H15, H16, H17, H18, H19, 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 01.07.2017 r. do 30.06.2020 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

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii dziecięcej w ramach Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży.**  
– w zakresie 8.1

#### I. DANE O OFERENCIE:

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

#### 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 udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

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

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

..... % stawki godzinowej za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze, w soboty, niedziele i święta za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w formie tzw. „dyżuru pod telefonem” w dni robocze, w soboty, niedziele i święta,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji w ramach Konsylium tzw. Pakietu Onkologicznego,

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

1. **Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży** w zakresach: CHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA, CHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY, NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY, NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - N20, N22, N23, N24, N25, 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 01.07.2017 r. do 30.06.2020 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**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii dziecięcej w ramach Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży.**  
– w zakresie 8.2

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

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

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

..... % stawki godzinowej za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze, w soboty, niedziele i święta za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w formie tzw. „dyżuru pod telefonem” w dni robocze, w soboty, niedziele i święta.

4) Proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2017 r. do 30.06.2020 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 udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii dziecięcej**  
**w ramach Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży.**  
– w zakresie 8.3

\*właściwe podkreślić.

**I. DANE O OFERENCIE:**

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

**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 ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze,

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

..... % wartości świadczenia płatnego przez NFZ lub jego następcę prawnego 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 01.07.2017 r. do 30.06.2020 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