

**FORMULARZ OFERTOWY****OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

przez lekarzy na oddziałach i w poradniach Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu Sp. z o.o., oraz w ramach dyżurów lekarskich w okresie od 01.05.2023r. do 30.04.2026r.

**I. DANE OFERENTA**

<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>			
<b>ADRES FIRMOWY (jeśli jest inny, niż adres zamieszkania )</b>			
<b>NIP</b>			<b>REGON</b>
<b>TELEFON</b>	<b>ADRES MAILOWY</b>		

**II. KWALIFIKACJE ZAWODOWE (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce):**

1.	lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc	
2.	lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie z zakresu chorób płuc	
3.	lekarz specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej	
4.	lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie z zakresu onkologii klinicznej	
5.	lekarz specjalista z zakresu chemioterapii nowotworów	
6.	lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii	
7.	lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie kardiologii	
8.	lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych	
9.	lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych	
10.	lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych z udokumentowanym 2-letnim doświadczeniem w kardiologii	
11.	lekarz specjalista w dziedzinie: rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej*	
12.	lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej*	
13.	lekarz specjalista alergologii	
14.	lekarz specjalista geriatryi*, lekarz specjalista gerontologii*	
15.	lekarz specjalista neurologii*, lekarz specjalista psychiatrii*	
16.	lekarz specjalista medycyny rodzinnej*, lekarz specjalista medycyny ogólnej*	
17.	lekarz specjalista chirurgii ogólnej	
18.	lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie: choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna, geriatria, neurologia, psychiatria*	
19.	lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: medycyna rodzinna, geriatria, neurologia, psychiatria*	
20.	lekarz (proszę wpisać specjalizację) .....	

**III. ZAKRES OFEROWANYCH ŚWIADCZEŃ** (proszę podać liczbę proponowanych godzin pracy na oddziale, liczbę dni pracy w ramach poradni oraz deklarowaną miesięczną liczbę dyżurów lekarskich):

**Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w niżej zaznaczonym zakresie przez lekarza, w Lubuskim Szpitalu Specjalistycznym Pulmonologiczno-Kardiologicznym w Torzymiu sp. z o.o., w okresie od 01.05.2023r. do 30.04.2026r.**

ODDZIAŁ		średniomiesięczna liczba godzin pracy oraz ilość dni pracy w ciągu tygodnia	wynagrodzenie miesięczne brutto lub stawka godzinowa brutto
świadczenia zdrowotne na oddziale Gruźlicy i Chorób Płuc			
<i>świadczenia zdrowotne i organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych na oddziale Gruźlicy i Chorób Płuc</i>			
świadczenia zdrowotne na oddziale Onkologii Pulmonologicznej i Chemioterapii			
<i>świadczenia zdrowotne i organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych na oddziale Onkologii Pulmonologicznej i Chemioterapii</i>			
świadczenia zdrowotne na oddziałach rehabilitacyjnych (w tym świadczenia komercyjne):	Rehabilitacji Kardiologicznej		
	Rehabilitacji Pulmonologicznej		
	Rehabilitacji Kardiologicznej i Rehabilitacji Pulmonologicznej		
<i>świadczenia zdrowotne i organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych na oddziałach: Rehabilitacji Kardiologicznej i Rehabilitacji Pulmonologicznej (w tym świadczenia komercyjne)</i>			
świadczenia zdrowotne w Ośrodku Geriatrii (Oddział geriatryczny i ZOL – opieka długo i krótkoterminowa, w tym świadczenia komercyjne)			
<i>świadczenia zdrowotne i organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych w Ośrodku Geriatrii (Oddział geriatryczny i ZOL – opieka długo i krótkoterminowa, w tym świadczenia komercyjne)</i>			

<b>PORADNIA</b>	<b>ilość dni w tygodniu</b>	<b>wynagrodzenie brutto - stawka za wypracowany punkt NFZ</b>
świadczenia zdrowotne – poradnia geriatryczna		
świadczenia zdrowotne – poradnia kardiologiczna		
świadczenia zdrowotne – poradnia gruźlicy i chorób płuc		
świadczenia zdrowotne – poradnia onkologiczna		
świadczenia zdrowotne – poradnia rehabilitacyjna		

<b>DYŻURY LEKARSKIE</b>	<b>deklarowana liczba dyżurów w miesiącu</b>	<b>wynagrodzenie brutto - stawka za godzinę dyżuru</b>
dyżury – obszar: Lubuskie Centrum Pulmonologii, ZOL (w budynku nr X)		
dyżury – obszar: Ośrodek Geriatrii (ZOL, oddział geriatryczny), Oddziały Rehabilitacji		

**IV. Świadczenia będą pełnione w ramach umowy (proszę zaznaczyć „X” właściwe):**

Kontraktowej (w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej)	
Zlecenie /bez konieczności odprowadzenia składek ZUS przez Szpital/	
Zlecenie /z koniecznością odprowadzenia składek ZUS przez Szpital/	

## V. Oświadczenia

- 1) Oświadczam, że jestem gotowy(a) do udzielania świadczeń zdrowotnych w Lubuskim Szpitalu Specjalistycznym Pulmonologiczno-Kardiologicznym w Torzymiu sp. z o.o., zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi.
- 2) Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia i warunków konkursu a także ogólnymi warunkami umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę zastrzeżeń.
- 3) Oświadczam, że przesłane kopie dokumentów są zgodne z ważnym, aktualnym oryginałem.
- 4) Oświadczam, że nie jestem zawieszony(a) w prawie wykonywania zawodu, ani ograniczony(a) w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o izbach lekarskich.
- 5) Oświadczam, że nie jestem ukarany(a) karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
- 6) Oświadczam, że nie jestem pozbawiony(a) możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony(a) w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
- 7) Zobowiązuję się przed podpisaniem umowy do przedłożenia Udzielającemu Zamówienie aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wystawionego przez lekarza medycyny pracy, poświadczającego, iż mój stan zdrowia pozwala na udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 8) Zobowiązuję się – w przypadku wybrania mojej oferty – do doręczenia Udzielającemu Zamówienie, przed zawarciem umowy, orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania przeze mnie świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które się ubiegam.
- 9) Oświadczam, że jestem świadomy, iż w ogłoszeniu Udzielającego zamówienie o rozstrzygnięciu konkursu ofert zostaną udostępnione dane osobowe Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej potwierdzam prawidłowość podanych danych.

### **WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta kopie):**

- 1) prawo wykonywania zawodu (nie dotyczy Oferentów, którzy w związku z wcześniej zawartymi umowami dostarczyli dokument Udzielającemu Zamówienie);
- 2) dyplom specjalizacji albo aktualne zaświadczenie o otwarciu specjalizacji wraz z pisemnym potwierdzeniem przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiającym samodzielną pracę (nie dotyczy Oferentów, którzy w związku z wcześniej zawartymi umowami dostarczyli dokument Udzielającemu Zamówienie);
- 3) polisa OC lub pisemne zobowiązanie Oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielanie zamówienia (nie dotyczy Oferentów, którzy w związku z wcześniej zawartymi umowami dostarczyli dokument Udzielającemu Zamówienie).

<sup>1</sup>Oferent wnosi o dołączenie do oferty dokumentów znajdujących się w posiadaniu Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu sp. z o.o., to jest:

- a) prawo wykonywania zawodu\*;
- b) dyplom specjalizacji \*;
- c) polisę OC \*
- d) Orzeczenie lekarskie

---

( data, podpis Oferenta)

---

<sup>1</sup> proszę zaznaczyć właściwe lub skreślić jeśli nie dotyczy