Załącznik Nr 1

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnego zabezpieczenia lekarskiego

Przez świadczenia zdrowotne w zakresie pełnego zabezpieczenia lekarskiego rozumie się zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia w dni powszednie od godz. 15.35 do godz. 8.00 dnia następnego, a w dni wolne od pracy (w tym niedziele i święta) od godz. 8.00 do godz. 8.00 dnia następnego.

Dla opieki lekarskiej w zakresie pełnego zabezpieczenia lekarskiego w Oddziale Dermatologicznym – Zespół Nr 2 podstawowe minimalne zabezpieczenie lekarskie to 1 osoba.

FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……..

……. …….

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..……..……..nr ……...……..……

kod pocztowy …….……..…… miejscowość …….……..……..

tel ……..…..…… fax ……..……..…….……..……

Regon ……..…… NIP…….……

Numer KRS/wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej) ……..

……

W załączeniu przedkładam:**

1. W przypadku osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji:
   - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje,
2. Zaświadczenie o wpisie do (CEIDG) lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej).
3. W przypadku podmiotów leczniczych - aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. Decyzję o nadaniu numeru „REGON”.
5. Kopię orzeczenia lekarskiego o zdolności do pracy.

UWAGA: Odpowiedni wpis powinien wykazywać, że miejscem wykonywania działalności jest Szpital Wielospecjalistyczny

Powyższe dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

Lp.	Nazwa świadczenia	Proponowana cena brutto za jedną godzinę/świadczenie
1.	pełne zabezpieczenie lekarskie niezależnie od pory i dnia tygodnia jego realizacji (dni robocze czy świąteczne) w zakresie Dermatologii	

Przyjmuje termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii.

……

…..

(pieczątka i podpis Oferenta)

……

pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Wykaz osób fachowych udzielających świadczeń zdrowotnych

L.p.	Imię i nazwisko lekarza	PESEL	Nr prawa wykonywania zawodu	Posiadane specjalizacje	Zatrudnienie osoba fizyczna/praktyka lekarska

…….
(pieczątka i podpis Oferenta)