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.

W przypadku w którym Przyjmującemu Zamówienie będzie przysługiwało dodatkowe wynagrodzenie zgodnie z obowiązującymi przepisami regulującymi zwalczanie COVID-19, Udzielający Zamówienia wypłaci Przyjmującemu Zamówienie tzw. dodatek COVID na zasadach wprowadzonych przez Ministra Zdrowia lub Narodowy Fundusz Zdrowia.

Opieka lekarska w zakresie pełnego zabezpieczenia lekarskiego na Oddziale Onkologicznym – Odcinek D (czasowo Oddział COVIDOWY) – Zespół Nr 1.

Podstawowe – minimalne wymagane zabezpieczenie lekarskie – 1 osoba

FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

.....

2. Adres Oferenta:

ul .....

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. Orzeczenie o zdolności do pracy.

Minimalną wymaganą liczbę osób udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnego zabezpieczenia lekarskiego określa **załącznika nr 1** do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

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.

Nazwa świadczenia	Oferowana liczba godzin	Proponowana cena brutto za jedną godzinę udzielania świadczenia przez lekarza
Dni powszechne - robocze od godz. 15.35 do 8.00 dnia następnego oraz dni wolne od pracy (soboty, niedziele i święta) od 8.00 do 8.00 dnia następnego		

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

……

…..

(pieczątka i podpis Oferenta)