

## FORMULARZ OFERTY

### I. Dane Oferenta:

1. Pełna nazwa Oferenta

.....  
.....

Regon ..... NIP ..... Nr wpisu we właściwym rejestrze .....

KRS.....

2. Adres Oferenta:

ul. .... nr ..... kod pocztowy ..... miejscowość .....

3. Adres zamieszkania Oferenta (osoby fizycznej):

ul. .... nr ..... kod pocztowy ..... miejscowość .....

4. Dane kontaktowe:

tel. .... fax ..... mail: .....

(wszystkie informacje dotyczące postępowania są przesyłane na podany mail)

5. Kwalifikacje zawodowe:

.....  
.....  
.....

II. Oferowany czas trwania umowy to ..... miesięcy, preferowany to 24 miesiące.

III. Oferuję termin płatności 21 dni, od dnia otrzymania faktury VAT (rachunku) przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu.

IV. Załącznikiem nr 1 do oferty jest wykaz lekarzy, którzy będą realizować świadczenia zdrowotne w pakiecie : .....

**DYREKTOR**  
ds. Ekonomicznych i Zarządzania Majątkiem  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5  
Im. św. Barbary w Sosnowcu pieczęć i podpis Oferenta  
*Łukasz Dolata*

2022

Radca Prawny  
*Joanna Bojda*  
KT-3832

dot. postępowania konkursowego Nr ~~5~~/DK./2022 na zamówienie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy

w Oddziałach :Pakiet nr 1 : Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz w Oddziale przeznaczonym dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2

Pakiet nr 2 : Neurologii i Pododdziału Udarowego

w godzinach od 14.35-7.00/15.00-7.35 w dni robocze oraz 7.35-7.35/7.00-7.00 w soboty, niedziele i święta

PAKIET	Przedmiot Zamówienia	Oferowana cena za zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych i innych określonych w pakiecie / wykonywanych zgodnie z wymaganiami NFZ
1	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Oddziale Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego :</p> <p>Wymagania : Lekarz co najmniej po 2 roku specjalizacji z dziedziny gastroenterologii posiadający zgodę Kierownika Specjalizacji na pełnienie samodzielnych dyżurów, lub lekarz specjalista w dziedzinie gastroenterologii.</p> <p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w oddziale przeznaczonym dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem Sars-CoV-2 :</p> <p>Wymagania : Lekarz po 2 roku specjalizacji z dziedziny chorób wewnętrznych, lub gastroenterologii lub nefrologii, posiadający zgodę Kierownika Specjalizacji na pełnienie samodzielnych dyżurów, lub lekarz specjalista w dziedzinie gastroenterologii.</p>	<p>..... Oferowana liczba godzin miesięcznie ..... cena za 1 godzinę udzielania świadczeń w Oddziale .....</p> <p>..... Oferowana liczba godzin miesięcznie ..... cena za 1 godzinę udzielania świadczeń w Oddziale</p>

1	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, przez okres 24 miesięcy w godzinach od w godzinach od 14.35-7.00/15.00-7.35 w dni robocze oraz 7.35-7.35/7.00-7.00 w soboty, niedziele i święta</p> <p>Realizacja świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem oraz potrzebami Udzielającego Zamówienie a także z wymogami NFZ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii; lub</li> <li>lekarz, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty</li> <li>lekarz, posiadający 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpital, który rozpoczął przed dniem 01.01.2018 r. i kontynuuje szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej; lekarz inny niż wskazany powyżej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału przy założeniu, że lekarz nie posiadający specjalizacji musi posiadać aktualną zgodę Kierownika Specjalizacji na pełnienie samodzielnych dyżurów.</li> </ul>	<p>.....  <b>Oferowana liczba godzin miesięcznie</b>  .....  <b>cena za 1 godzinę udzielania świadczeń w Oddziale</b>  .....</p>
2	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym, przez okres 24 miesięcy w godzinach od w godzinach od 14.35-7.00/15.00-7.35 w dni robocze oraz 7.35-7.35/7.00-7.00 w soboty, niedziele i święta</p> <p>Wymagania : Lekarz specjalista w dziedzinie neurologii minimum 3 osoby, lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii minimum 3 osoby.</p>	<p>.....  <b>Oferowana liczba godzin miesięcznie lekarz posiadający dyplom specjalisty w dziedzinie neurologii</b>  .....  <b>cena za 1 godzinę udzielania świadczeń w Oddziale – lekarz posiadający dyplom specjalisty w dziedzinie neurologii</b>  .....  <b>Oferowana liczba godzin – lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii</b>  .....  <b>Cena za 1 godzinę udzielania świadczeń – lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii.</b>  .....</p>

Załącznik nr 1  
Do Oferty z dnia .....  
Nr .....

Wykaz osób, którymi Przyjmujący Zamówienie będzie się posługiwał w realizacji przedmiotu umowy

Pakiet 1

I.p.	Imię	Nazwisko	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje

Pakiet 2

I.p.	Imię	Nazwisko	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje

DATA I PODPIS OFERENTA.....