

Grupa I

Wykonywanie zawodu lekarza w następujących medycznych komórkach organizacyjnych Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.

| 1 | 2 | 3 |
|------------------------------|--|-------------------------|
| Grupa/ Pakiet/ Zadanie | Nazwa medycznej komórki organizacyjnej | Ilość niezbędnych ofert |
| 1 | <i>Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii</i> | 2 |
| 2 zadanie 1 | <i>Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Małoinwazyjnej, Poradnia Proktologiczna, Poradnia Chirurgii Ogólnej</i> | 1 |
| 2 zadanie 2 | <i>Pracownia Endoskopowa</i> | 1 |
| 3 | <i>Oddział Dermatologiczny z Pododdziałem Oddziału Dermatologicznego, Poradnia Dermatologiczna, Poradnia Dermatologii Alergologicznej, Poradnia Dermatologiczna Dzieci</i> | 1 |
| 4 | <i>Dział Diagnostyki Obrazowej : Pracownia Radiologiczna, Pracownia Tomografii Komputerowej, Pracownia Ultrasonografii Diagnostycznej i Zabiegowej</i> | 1 |

Grupa II

Wykonywanie zawodu lekarza wraz z zabezpieczeniem świadczeń zdrowotnych na dyżurach medycznych w następujących komórkach organizacyjnych Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie:

| 1 | 2 | 3 | 4 | |
|------------------|---|-------------------------|-----------------|------|
| Grupa/ Pakiet | Nazwa medycznej komórki organizacyjnej | Ilość niezbędnych ofert | Dyżury medyczne | |
| 1 | <i>II Oddział Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Odcinkiem Intensywnej Terapii Kardiologicznej</i> | 1 | 16 h | 24 h |
| 2 | <i>Oddział Chorób Wewnętrznych III</i> | 1 | 16 h | 24 h |
| 3 | <i>Oddział Urologiczny</i> | 1 | 16 h | 24 h |

Grupa III

Wykonywanie zawodu lekarza w ramach dyżurów medycznych w następujących medycznych komórkach Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

| 1 | 2 | 3 | 4 | |
|------------------|--|---|-----------------|-----|
| Grupa/ Pakiet | Nazwa medycznej komórki organizacyjnej | Optymalna ilość osób koniecznych do zabezpieczenia pracy oddziału | Dyżury medyczne | |
| 1 | Oddział Obserwacyjno Zakaźnym z Pododdziałem Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego (wraz z zabezpieczeniem dyżurowym Oddziału Dermatologicznego) | 1 | 16 h | 24h |
| 2 | Oddział Noworodków | 5 | 16 h | 24h |
| 3 | Oddział Pediatryczny | 9 | 16 h | 24h |

Grupa IV

Wykonywanie zawodu lekarza w ramach dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

| 1 | 2 | 3 |
|------------------|--|---|
| Grupa/ Pakiet | Nazwa medycznej komórki organizacyjnej | Optymalna ilość osób koniecznych do zabezpieczenia pracy oddziału |
| 1 | SOR | max. 10 |

Grupa V

Udzielanie świadczeń na dyżurach medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

| 1 | 2 | 3 |
|--------------------------|---|--|
| Grupa/ Pakiet | Nazwa medycznej komórki organizacyjnej | Optymalna ilość osób koniecznych do zabezpieczenia pracy oddziału |
| 1 | <i>SOR- gipsiarz</i> | min.3 |

Grupa VI

Wykonywanie zawodu ratownika medycznego na dyżurach medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

| 1 | 2 | 3 |
|--------------------------|---|--|
| Grupa/ Pakiet | Nazwa medycznej komórki organizacyjnej | Optymalna ilość osób koniecznych do zabezpieczenia pracy oddziału |
| 1 | <i>SOR- ratownik medyczny</i> | max. 6 |

Grupa VII

Wykonywanie zawodu pielęgniarki w ramach dyżurów w oddziałach oraz innych medycznych komórkach organizacyjnych Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.

| 1 | 2 | 3 |
|--------------------------|---|--------------------------------|
| Grupa/ Pakiet | Nazwa medycznej komórki organizacyjnej | Ilość niezbędnych ofert |
| 1 | <i>Oddziały Szpitala</i> | max.15 |

OCENA PRACY LEKARZA

MIEJSCE PRACY

ODDZIAŁ.....

Imię i nazwisko lekarza.....

OCENA OGÓLNA :.....[od 1 do 6]

1- OCENA ZDECYDOWANIE NEGATYWNA; 6 – OCENA POZYTYWNA

UWAGI:.....

.....

.....

.....
1.Podpis Lekarza Kierującego
Oddziałem

.....
2.Podpis Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa

FORMULARZ OFERTY

w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu
Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.

Nazwa Oferenta.....
 Adres (siedziba) Oferenta.....
 Nr telefonu

Kwalifikacje zawodowe

NIP/PEESEL

Regon

Organ rejestracyjny.....

Nr wpisu do rejestru.....

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie na świadczenie usług medycznych w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie, składam ofertę udzielania świadczeń wg następującej stawki:

GRUPA I. Wykonywanie zawodu lekarza w medycznych komórkach organizacyjnych Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.

| 1 | 2 | 3 |
|---------------------------------------|--|---|
| Grupa/ Pakiet/ Zadanie | Rodzaj udzielanej usługi medycznej | Wynagrodzenie miesięczne (w zł) za udzielanie świadczeń zdrowotnych |
| ..... ..... ..... | <i>Wykonywanie zawodu lekarza w Oddziale /Dziale</i> | ..... |

GRUPA II. Wykonywanie zawodu lekarza wraz z zabezpieczeniem świadczeń zdrowotnych na dyżurach medycznych w komórkach organizacyjnych Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie:

| 1 | 2 | 3 | | |
|--------------------------|---|---|--|-------|
| Grupa/ Pakiet | Rodzaj udzielanej usługi medycznej | Wynagrodzenie miesięczne (w zł) za udzielanie świadczeń zdrowotnych | Kwota wynagrodzenia za dyżur (zł) | |
| | | | 16h | 24h |
| ..... | <i>Wykonywanie zawodu lekarza wraz z zabezpieczeniem świadczeń zdrowotnych na dyżurach medycznych w Oddziale/Dziale</i> | ..... | ..... | ..... |

Grupa III Wykonywanie zawodu lekarza w ramach dyżurów medycznych w komórkach organizacyjnych Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

| 1 | 2 | 3 | |
|------------------|---|------------------------------------|-------|
| Grupa/ Pakiet | Rodzaj udzielanej usługi medycznej | Kwota wynagrodzenia za dyżur (zł) | |
| | | 16h | 24h |
| ..... | <i>Wykonywanie zawodu lekarza w ramach dyżurów medycznych w Oddziale /Dziale</i> ..... | ..... | ..... |

Grupa IV. Wykonywanie zawodu lekarza w ramach dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

| 1 | 2 | 3 |
|------------------|--|---|
| Grupa/ Pakiet | Rodzaj udzielanej usługi medycznej | Stawka za 1 godzinę udzielania usługi medycznej (w zł) |
| ..... | <i>Udzielanie świadczeń na dyżurach medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym</i> | |

Grupa V. Udzielanie świadczeń na dyżurach medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie - gipsiarz

| 1 | 2 | 3 |
|------------------|---|---|
| Grupa/ Pakiet | Rodzaj udzielanej usługi medycznej | Stawka za 1 godzinę udzielania usługi medycznej (w zł) |
| ..... | <i>Udzielanie świadczeń na dyżurach medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym - gipsiarz</i> | |

Grupa VI Wykonywanie zawodu ratownika medycznego w ramach dyżurów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

| 1 | 2 | 3 |
|------------------|--|---|
| Grupa/ Pakiet | Rodzaj udzielanej usługi medycznej | Stawka za 1 godzinę udzielania usługi medycznej (w zł) |
| ..... | <i>Udzielanie świadczeń na dyżurach medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym - ratownik medyczny</i> | |

Grupa VII Wykonywanie zawodu pielęgniarki w ramach dyżurów w oddziałach oraz innych medycznych komórkach organizacyjnych Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

| 1 | 2 | 3 |
|------------------|--|--|
| Grupa/ Pakiet | Rodzaj udzielanej usługi medycznej | Stawka za 1 godzinę udzielania usługi medycznej (w zł) |
| ..... | <i>Wykonywanie zawodu pielęgniarki w ramach dyżurów w oddziałach oraz innych medycznych komórkach organizacyjnych</i> | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami konkursu , treścią ogłoszenia, specyfikacji konkursowej oraz odpowiednim projektem umowy oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielał będę przy wykorzystaniu pomieszczeń, wyposażenia, aparatury i sprzętu medycznego, środków medycznych, środków transportu i łączności udostępnionych przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
4. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w miejscu i czasie wyznaczonym przez organizatora konkursu.
5. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej odpowiadającego warunkom obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonego w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z dnia 15 lutego 2013 r. poz. 217) i zgodnego z przepisami wydanymi na jego podstawie oraz zobowiązuję się do utrzymywania aktualnego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy. Oświadczam, że ubezpieczenie obejmować będzie również odpowiedzialność za zdarzenia medyczne określone w art. 67a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (tekst jednolity : Dz. U z 2012 r. Nr 30, poz.159).
6. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych/medycznych udzielać będą następujące osoby:

| Lp. | Imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych | Kwalifikacje zawodowe | Zgodna na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności Oferenta (podpis osoby z kol. II) | Informacja dotycząca prowadzenia działalności gospodarczej |
|------------|---|------------------------------|--|---|
| I | II | III | IV | V |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

.....
Podpis Oferenta lub osób uprawnionych
do reprezentowania Oferenta