



Załącznik nr 1 - Warunki udziału w Konkursie

W postępowaniu konkursowym mogą wziąć udział Przyjmujący Zamówienie, którzy spełniają łącznie następujące warunki (niewypełnienie tych warunków spowoduje odrzucenie oferty):

2 lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej na Oddziale Chemioterapii wraz z pełnieniem dyżurów medycznych i udzielaniem świadczeń ambulatoryjnych:

1. Są podmiotami wymienionymi w art. 26 ust 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2011.112.654.)
2. Są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, w szczególności są zarejestrowani we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP,
3. Posiada aktualne ubezpieczenie OC, o którym mowa w art. 25 ust.1 punkt 1 ustawy o działalności leczniczej (DZ. U. 112.654.2011) albo zawrą umowę takiego ubezpieczenia najpóźniej z dniem zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne objęte niniejszym konkursem.
 - a. Oraz:
4. Posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej.
5. Zadeklarują udzielanie porad ambulatoryjnych w Poradni Chemioterapii przynajmniej 1 raz w tygodniu.
6. Posiadają co najmniej 4 letni staż pracy na oddziale chemioterapii.

2 lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej w formie konsultacji u pacjentów na oddziałach Udzielającego Zamówienia:

1. Są podmiotami wymienionymi w art. 26 ust 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2011.112.654.)
2. Są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, w szczególności są zarejestrowani we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP,
3. Posiada aktualne ubezpieczenie OC, o którym mowa w art. 25 ust.1 punkt 1 ustawy o działalności leczniczej (DZ. U. 112.654.2011) albo zawrą umowę takiego ubezpieczenia najpóźniej z dniem zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne objęte niniejszym konkursem.
 - a. Oraz:
4. Posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej.
5. Posiadają doświadczenie w wykonywaniu konsultacji w zakresie torakochirurgii.

SALUS AEGROTI, EDUCATIO, SCIENTIA

www.skpp.edu.pl, e-mail: szpital@skpp.edu.pl

NIP 778-13-43-588, REGON 000288828, KRS 0000001853

nasze obiekty: ul. Długa 1/2, ul. Szamarzewskiego 82/84, Osiedle Rusa 25a





190 lat
Szpitala Klinicznego
Przemienienia Pańskiego

SZPITAL TRADYCYJNY I INNOWACYJNY

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Długa 1/ 2, 61-848 Poznań

tel. centrala: 61 854 90 00, tel. sekretariat: 61 854 91 21

fax. 61 852 94 72

1 lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii urazowo-ortopedycznej w formie konsultacji u pacjentów hospitalizowanych na oddziałach Udzielającego Zamówienia:

1. Są podmiotami wymienionymi w art. 26 ust 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2011.112.654.)
2. Są uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, w szczególności są zarejestrowani we właściwym rejestrze, posiadają nadany numer REGON i NIP,
3. Posiada aktualne ubezpieczenie OC, o którym mowa w art. 25 ust.1 punkt 1 ustawy o działalności leczniczej (DZ. U. 112.654.2011) albo zawrą umowę takiego ubezpieczenia najpóźniej z dniem zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne objęte niniejszym konkursem.
 - a. Oraz:
4. Posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii urazowo-ortopedycznej.
5. Posiadają doświadczenie w wykonywaniu konsultacji w zakresie ortopedii.

Poznań, dnia 11.10.2013 r.

zatwierdzam

Dyrektor Szpitala

lek. Dyrektor

SALUS AEGROTI, EDUCATIO, SCIENTIA

www.skpp.edu.pl, e-mail: szpital@skpp.edu.pl

NIP 778-13-43-588, REGON 000288828, KRS 0000001853

nasze obiekty: ul. Długa 1/2, ul. Szamarzewskiego 82/84, Osiedle Rusa 25a





190 lat
Szpitala Klinicznego
Przemienienia Pańskiego

SZPITAL TRADYCYJNY I INNOWACYJNY

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Długa 1/ 2, 61-848 Poznań

tel. centrala: 61 854 90 00, tel. sekretariat: 61 854 91 21

fax. 61 852 94 72

Załącznik nr 2

....., dnia

FORMULARZ CENOWY (część pierwsza)

Nazwa (imię i nazwisko, firma), siedziba i adres przyjmującego zamówienie:

.....
.....

Nr telefonu / Nr faxu

Adres e-mail.....

Odpowiadając na ogłoszone postępowanie konkursowe dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielanych przez:

Oferuję następujące warunki cenowe:

Inne warunki:

1.
2.
3.

Ponadto deklaruje.....

Data i podpis i pieczętka przyjmującego zamówienie

SALUS AEGROTI, EDUCATIO, SCIENTIA

www.skpp.edu.pl, e-mail: szpital@skpp.edu.pl

NIP 778-13-43-588, REGON 000288828, KRS 0000001853

nasze obiekty: ul. Długa 1/2, ul. Szamarzewskiego 82/84, Osiedle Rusa 25a



....., dnia

FORMULARZ OFERTY (CZĘŚĆ 2)

Nazwa (imię i nazwisko, firma), siedziba i adres przyjmującego zamówienie:

.....
.....

Nr telefonu / Nr faxu

**Odpowiadając na ogłoszone postępowanie konkursowe dotyczące świadczeń
zdrowotnych w zakresie usług medycznych**

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami udzielenia zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia, zawartymi w dokumentacji konkursowej i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oferuję realizację przedmiotowych świadczeń z cenami określonymi w „Formularzu cenowym”.
3. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
4. Informuję, iż uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą w okresie wskazanym w dokumentacji konkursowej.
5. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu konkursowym oświadczenia składam ze świadomością odpowiedzialności cywilnej i karnej za bezprawne działania czynione w celu pozyskania zamówienia.

Data i podpis przyjmującego zamówienie