**Szczegółowe warunki konkursu ofert**

Konkurs kierowany jest do lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii prowadzących indywidualną praktykę lekarską w ramach działalności gospodarczej.

Wymagania:

1. Tytuł specjalisty w zakresie radiologii II stopnia.

2. Doświadczenie zawodowe min. 5 letnie w opisywaniu badań TK, MR oraz RTG.

3. Preferowane w konkursie min. 3 letnie doświadczenie w opisywaniu badań obrazowych pacjentom ze schorzeniami płucnymi oraz onkologicznym.

4. Minimalna liczba opisów badań w miesiącu - 120 badań TK.

5. Deklarowany czas wykonania opisu badania skierowanego w kolejce do radiologa badania - maks. 2 dni.

6. Deklarowany min. jeden dzień w tygodniu w wymiarze dyżurowym 12 godzinnym wykonywania opisów badań.

Oferta musi być sporządzona na piśmie i winna zawierać:

1. imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu określającego aktualne uprawnienia do wykonywania zawodu oraz określenie przedmiotu oferty zgodnie z treścią ogłoszenia,
2. wypis z ewidencji działalności gospodarczej oraz zaświadczenie o numerze statystycznym REGON ,
3. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i doświadczenie oferenta (kserokopie: dyplomu lekarza, dyplomu uzyskania specjalizacji lub karty rozpoczęcia specjalizacji, prawa wykonywania zawodu oraz inne dokumenty potwierdzające staż pracy i nabycie kwalifikacji uprawniających do pracy w wybranym zakresie),
4. oświadczenia:

- o zapoznaniu się i akceptacji treści pisemnego ogłoszenia o konkursie, projektu umowy, warunków dotyczących oferty i oferenta oraz regulaminu konkursu,

- o związaniu ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert,

- oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe,

1. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy na stanowisku lekarza w wybranym zakresie,
2. kopię polisy OC,
3. propozycję wysokości wynagrodzenia.

**Załączniki:**

1. **Oświadczenie oferenta**
2. **Projekt umowy dla lekarza specjalisty**
3. **Druk oferty i oświadczeń**

**Załącznik nr 1 do SWKO**

**Oświadczenie** **oferenta**

Niniejszym oświadczam, że:

a) zapoznałem/łam się i akceptuję treści pisemnego ogłoszenia o konkursie, projekt umowy, warunki dotyczące oferty i oferenta,

b) będę związany/a ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert,

1. oświadczam, że nie byłem/byłam karany/a, w tym za przewinienia zawodowe,

….....................................

pieczęć i podpis oferenta

**Załącznik nr 2 do SWKO**

**Załącznik nr 3 do SWKO**

**O F E R T A**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:………………………………............ w MCLChPiG w Otwocku.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia MCLChPiG w Otwocku  
   z dnia ….................................... o konkursie ofert dla lekarzy jw.
2. Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w MCLChPiG w Otwocku w zakresie ...........................................................................................

**Dane Oferenta:**

Imię, nazwisko i adres Oferenta: .................................................................................................

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza: ...................................................................................

Numer wpisu do właściwego rejestru (Izby Lekarskiej): ............................................................

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem działalności gospodarczej):

…................................................................................................................................................................................................................................................................................................

REGON: …...................................................................................................................................................

NIP: …...................................................................................................................................................

Nr tel. .......................

**Proponowany wymiar pracy (ilość godzin/miesiąc):** ………………………………………………………….

**Proponowana minimalna ilość opisów badań w miesiącu:** ………………………………………………….

**Proponowane kwoty za świadczenie usług medycznych**:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…..................................

data i podpis Oferenta

**W załączeniu do oferty przedkładam kopie następujących dokumentów:**

1. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
2. zaświadczenie o numerze REGON i NIP,
3. dokumenty potwierdzające kwalifikacje do wykonywania świadczeń zdrowotnych: prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe, dyplomy potwierdzające ukończenie specjalizacji w zakresie …..................................., zaświadczenia potwierdzające odbycie kursów i szkoleń mających zastosowanie przy udzielaniu określonych świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert
4. polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w oferowanym zakresie na okres obowiązywania umowy lub oświadczenia oferenta , że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
5. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnej/specjalistycznej praktyki lekarskiej w OIL w ….................................................. .

…..................................

data i podpis Oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

…..................................

data i podpis Oferenta