

FORMULARZ OFERTY

na świadczenie usług zdrowotnych

ZAKRES: udzielanie świadczeń zdrowotnych przez:

- Lekarzy** 1) w specjalistycznych zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego,
transportowych*
- 2) w zespole ogólnolekarskim w ramach nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki
zdrowotnej*
- 3) w poradni chirurgii dziecięcej*

(* - niepotrzebne skreślić)

I. DANE OFERENTA:

A. Oferta indywidualna - indywidualna działalność gospodarcza

Imię i Nazwisko:

Nazwisko rodowe:

Firma Oferenta (Firma przedsiębiorcy):

Adres (ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, poczta):

.....

PESEL:NIP:REGON:

Pełnomocnik:

Kontakt telefoniczny:

Adres email:

Nazwa banku:

Nr rachunku bankowego:

B. PODMIOT LECZNICZY

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego:

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych nr RPWDL:

Nr KRS:

NIP: REGON:

Pełnomocnik:

Kontakt telefoniczny:

Adres email:

Nazwa banku:

Nr rachunku bankowego:

II. Zakres świadczeń

1) Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego Samodzielnym Publicznym Zakładzie w Mielcu (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w zespołach ratownictwa medycznego „S” oraz zespołach transportowych	
Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach Nocnej i Świątecznej wyjazdowej opieki zdrowotnej	
Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni Chirurgii Dziecięcej	

2) Za realizację powyższych czynności oczekuję wynagrodzenia w następującej wysokości:

	za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach „S”, „T”
	za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach specjalistycznych RM w Wigilię i Sylwestra
	za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki medycznej
	za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki medycznej w Wigilię i Sylwestra
..... %	Wartości punktowej za 1 punkt wykonanej usługi z zakresu poradni chirurgii dziecięcej – płaconej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach zakontraktowanego limitu miesięcznego
.....%	Wartości punktowej za 1 punkt wykonanej usługi z zakresu poradni chirurgii dziecięcej – w przypadku świadczeń wykonanych ponad limit, świadczenia zostaną rozliczone o ile zostaną one zapłacone przez Narodowy Fundusz Zdrowia

3) Oferowana ilość godzin udzielania świadczeń medycznych w miesiącu:

a) dyżury medyczne w zespołach wyjazdowych w dni powszednie w godzinach od 7:00 do 14.30 –

..... godzin

b) dyżury medyczne w zespołach wyjazdowych w pozostałych godzinach - godzin

c) dyżury medyczne w ramach wyjazdowej NiŚOZ w dni powszednie w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego - godzin

d) 24- godzinny dyżur w ramach NiŚOZ w dni świąteczne i wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 następnego dnia - godzin

4) Oferowana maksymalna ilość dyżurów medycznych w miesiącu (liczba):

a) dyżury medyczne w zespołach wyjazdowych w dni powszednie w godzinach od 7:00 do 14.30 –

..... godzin

b) dyżury medyczne w zespołach wyjazdowych w pozostałych godzinach - godzin

c) dyżury medyczne w ramach wyjazdowej NiŚOZ w dni powszednie w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego - godzin

d) 24- godzinny dyżur w ramach NiŚOZ w dni świąteczne i wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 następnego dnia - godzin

5) w Poradni Chirurgii Dziecięcej **(właściwe zaznaczyć krzyżykiem)**

Dzień tygodnia	Godziny od – do	Oferowana ilość godzin i dzień tygodnia
poniedziałek	14:00-18:00	
środa	14:00-18:00	
czwartek	10:00-14:00	

III. Dodatkowe warunki:

.....
.....

IV.

Załączam następujące dokumenty (kserokopie):

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat)

1. ☐ formularz oświadczeń Oferenta - **zał. nr 2 do SWKO**
2. ☐ parafowany wzór umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne - **zał.nr 3 do SKWO**
3. ☐ oświadczenie Oferenta – rozwiązanie umowy- **zał. Nr 4 do SWKO**
4. ☐ Wykaz osób- **zał. Nr 5 do SWKO**
5. ☐ kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza (dyplom ukończenia studiów medycznych, prawo wykonywania zawodu)
6. ☐ wpis do indywidualnych praktyk lekarskich lub wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 UODL
7. ☐ zaświadczenie z działu kadr/zasobów ludzkich dot. spełnienia warunku z art.57. ust.1 pkt. 2 ustawy o PRM
8. ☐ kserokopia dyplomu posiadanej specjalizacji (jeżeli Oferent posiada specjalizację)
9. ☐ kserokopia zaświadczenia o rozpoczęciu specjalizacji (jeżeli Oferent odbywa specjalizację)
10. ☐ kserokopie dokumentów potwierdzających wymagane doświadczenie - staż pracy (świadczenia pracy, zaświadczenia),
11. ☐ kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
12. ☐ wydruk Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Rejestru Przedsiębiorców (KRS)

13. ☐ aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożony najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
14. ☐ kserokopia książeczki/orzeczenia do celów sanitarno – epidemiologicznych, lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
15. ☐ zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożone najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
16. ☐ szkolenie w zakresie BHP lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożone najpóźniej w dniu zawarcia umowy
17. ☐ pełnomocnictwo

Oświadczam, że dokumenty wymienione w części IV Oferty wskazane w punktach:

.....

(proszę podać numerację)

są w posiadaniu PPSR SPZ w Mielcu a ich stan faktyczny i prawny nie uległ zmianie.

Data sporządzenia oferty:

.....
(podpis Oferenta)