Załącznik numer 1 do SWKO
nr 3/KO/2019/PSPR.SPZ/L

FORMULARZ OFERTY

na świadczenie usług zdrowotnych

ZAKRES: udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zespole ogólnolekarskim w ramach nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki zdrowotnej

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: .....

.....

Załącznik numer 1 do SWKO
nr 3/KO/2019/PSPR.SPZ/L

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych nr RPWDL: .....

Nr KRS: .....

NIP: ..... REGON: .....

Pelnomocnik: .....

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

Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach Nocnej i Świątecznej wyjazdowej opieki zdrowotnej

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

	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

3) Oferowana ilość godzin udzielania świadczeń medycznych w miesiącu:

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

b) 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 ramach wyjazdowej NiŚOZ w dni powszednie w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego - .....

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

3. 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. ☐ Wykaz osób- **zał. Nr 4 do SWKO**
4. ☐kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza (dyplom ukończenia studiów medycznych, prawo wykonywania zawodu)
5. ☐wpis do indywidualnych praktyk lekarskich lub wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 UODL
6. ☐kserokopia dyplomu posiadanej specjalizacji (jeżeli Oferent posiada specjalizację)
7. ☐kserokopia zaświadczenia o rozpoczęciu specjalizacji (jeżeli Oferent odbywa specjalizację)
8. ☐kserokopie dokumentów potwierdzających wymagane doświadczenie - staż pracy (świadectwa pracy, zaświadczenia),
9. ☐kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
10. ☐ wydruk Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Rejestru Przedsiębiorców (KRS)
11. ☐aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożony najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
12. ☐kserokopia książeczki/orzeczenia do celów sanitarno – epidemiologicznych, lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożona najpóźniej w dniu zawarcia umowy,

13. ☐ 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,
14. ☐ szkolenie w zakresie BHP lub dołączone oświadczenie, że zostanie przedłożone najpóźniej w dniu zawarcia umowy
15. ☐ pełnomocnictwo

Oświadczam, że dokumenty wymienione w części III 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)