

FORMULARZ OFERTY

na świadczenie usług zdrowotnych

ZAKRES:

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego

DANE OFERENTA:

A. Oferta indywidualna - indywidualna działalność gospodarcza

Imię i Nazwisko:

Firma Oferenta (Firma przedsiębiorcy):

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

.....

PESEL: NIP: REGON:

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:

Konkurs 02/KO/2021/PSPR.SPZ/L

Kontakt telefoniczny:

Adres email:

Nazwa banku:

Nr rachunku bankowego:

I. Warunki

a) składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego

b) za realizację powyższych czynności oczekuję wynagrodzenia w następującej wysokości:

Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego zł
Za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego w Wigilię i Sylwestra zł

II.

1. Miejsce stacjonowania zespołów –proszę wybrać preferowane miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych (właściwe zaznaczyć krzyżykiem- możliwość wyboru jednego lub większej ilości miejsc stacjonowania)

2. Propozycja ilości godzin udzielania świadczeń miesięcznie:

Miejsce stacjonowania	Propozycja ilości godzin udzielania świadczeń miesięcznie
Mielec	
Stalowa Wola	
Dębica	
Ogółem liczba godzin miesięcznie:	

II. Oświadczenia Oferenta

Składając ofertę do postępowania konkursowego na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, niniejszym oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, wzorem umowy i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert,
- 2) zapoznałem/łam się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych i miejscem ich realizacji,
- 3) przyjmuję warunki umowy, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SKWO,

Konkurs 02/KO/2021/PSPR.SPZ/L

- 4) posiadam niezbędne umiejętności i wiedzę do realizacji zamówienia oraz udzielania świadczeń zdrowotnych w danym zakresie objętym postępowaniem konkursowym/ zatrudnione przeze mnie osoby lub osoby wyznaczone przeze mnie do udzielania w moim imieniu świadczeń zdrowotnych posiadają niezbędne umiejętności i wiedzę do realizacji zamówienia oraz udzielania świadczeń zdrowotnych w danym zakresie objętym postępowaniem konkursowym,
- 5) udzielam świadczeń zdrowotnych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnym środkami i metodami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
- 6) spełniam wymagania zdrowotne określone w obowiązujących przepisach i zobowiązuję się do dostarczenia Udzielającemu zamówienia orzeczenia lekarskiego potwierdzającego ten fakt najpóźniej w dniu zawarcia umowy oraz terminowego dokumentowania wobec Udzielającego Zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku przez cały okres obowiązywania umowy,
- 7) przyjmuję obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na warunkach wskazanych w SWKO oraz dostarczenia jej kopii najpóźniej w dniu zawarcia umowy oraz terminowego dokumentowania wobec Udzielającego zamówienia spełnienia powyższego obowiązku przez cały okres obowiązywania umowy,
- 8) przyjmuję obowiązek przedłożenia Udzielającemu zamówienia aktualnego orzeczenia lekarskiego wydanego przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku, aktualnej książeczki/orzeczenia do celów sanitarno –epidemiologicznych, aktualnego przeszkolenia w zakresie BHP najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
- 9) przyjmuję obowiązek przeszkolenia w zakresie procedur oraz programów informatycznych, ochrony danych osobowych obowiązujących u Udzielającego Zamówienia w ustalonym terminie,
- 10) samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz Zakładem Ubezpieczeń Społecznych,
- 11) składając ofertę wyrażam wolę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne,
- 12) byłem(-am) / nie byłem(-am) * (*niepotrzebne skreślić) karany(-a) za przestępstwa oraz w związku z wykonywaną pracą (przed sądem lub dyscyplinarnie).
- 13) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Udzielającego zamówienia oraz przekazywanie niezbędnych danych do innych instytucji posiadających prawo do otrzymywania takich informacji,
- 14) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
- 15) nie byłem/-am karany/a za przestępstwa oraz za przestępstwa w związku z wykonywanym zawodem lekarza oraz nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne,
- 16) nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza lub przepisów o izbach lekarskich, nie jestem karany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu, nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego

Konkurs 02/KO/2021/PSPR.SPZ/L

zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym

- 17) oświadczam, że złożone kopie dokumentów są zgodne z oryginałami oraz, że są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym i nie nastąpiły okoliczności wpływające na zmianę treści ww. dokumentów na dzień złożenia oferty.

Zobowiązuję się o wszystkich zmianach powiadamiać Udzielającego zamówienia w ciągu 7 dni od dnia ich zaistnienia.

III.

Załączam następujące dokumenty (kserokopie):

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat)

1. ☐ kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza (dyplom ukończenia studiów medycznych, prawo wykonywania zawodu)
2. ☐ wpis do indywidualnych praktyk lekarskich lub wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 UODL
3. ☐ kserokopia dyplomu posiadanej specjalizacji/karty szkolenia specjaliz.
4. ☐ kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne
5. ☐ wydruk Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Rejestru Przedsiębiorców (KRS) (jeżeli dotyczy)
6. ☐ aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (jeżeli dotyczy)
7. ☐ kserokopia książeczki/orzeczenia do celów sanitarno – epidemiologicznych
8. ☐ zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się Przyjmujący zamówienie
9. ☐ szkolenie w zakresie BHP
10. ☐ Wykaz osób- zał. Nr 3 do SWKO (jeżeli dotyczy)
11. ☐ pełnomocnictwo

Data sporządzenia oferty:

.....
(podpis Oferenta)