

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania usług lekarskich w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz w Zespołach Wyjazdowych na rzecz pacjentów Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach przez lekarza systemu ratownictwa medycznego

I. DANE OFERENTA:

Pełna nazwa i adres Oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem Oferenta)

.....

Telefon do kontaktu:

			-				-			
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

Adres e mail :

.....

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

.....

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (nr NIP):

.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zawód:

.....

Nr prawa wykonywania zawodu:

.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)

.....

Nr dokumentu specjalizacji.

.....

Proponowany termin rozpoczęcia świadczenia usług:

.....

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

II. OFERTA CENOWA

L.p.	Zakres, na który jest składana oferta	Minimalna liczba godzin w stosunku miesięcznym przeznaczona na wykonywanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego	Wykonywanie świadczeń we wszystkie dni tygodnia (stawka brutto za 1 h)
1.	Świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. godz. miesięcznie zł brutto/godz. (Słownie)
2.	Świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza systemu w specjalistycznych Zespołach Wyjazdowych godz. miesięcznie zł brutto/godz. (Słownie)

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli (za jedną godzinę świadczenia usługi).
2. Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo i słownie
3. Podane wynagrodzenie – stawka za godzinę ulegnie zwiększeniu, zgodnie z załącznikiem nr 2 do SWKO § 9 ust. 2.

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

III. OŚWIADCZENIE OFERENTA *

Oświadczam, że :

1. **Zapoznałam/em się** z treścią ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń dotyczących ww. dokumentów;
2. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia;
3. **zapoznałam/em się** z projektem umowy i akceptuję warunki w niej zawarte;
4. wykonam świadczenia wymienione w ofercie zgodnie z przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i treścią umowy zawartej z udzielającym zamówienia;
5. **nie jestem zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza i lekarza dentystry;**
6. nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym;
7. nie mam przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
8. samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em;
9. **nie świadczę pracy** w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Kartuzach na podstawie stosunku pracy. Oświadczam, że posiadam wiedzę, że nie można świadczyć usług jednocześnie na podstawie umowy o pracę w tym samym zakresie.
10. **posiadam** ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej*/**zawrę** umowę o odpowiedzialności cywilnej* na warunkach wskazanych w projekcie umowy;
11. **dotychczas wykonywałam/em*/nie wykonywałam/lam*** na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w cz. IV Formularza Ofertowego znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne;
12. zobowiązuję się do dostarczenia do dnia zawarcia umowy kserokopii następujących dokumentów:
 - potwierdzających ukończenie kursu BHP,
 - stosownych zaświadczeń lekarskich,
 - dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej,
 - informacji z Krajowego Rejestru Karnego.

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

* **niepotrzebne skreślić**

IV. W CELU UZNANIA, ŻE OFERTA SPEŁNIA WYMAGANE WARUNKI, OFERENT DOŁĄCZA DO OFERTY NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY **

(na podstawie części V SWKO):

- 1) kserokopie (na żądanie udzielającego zamówienia oryginały) dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu **lekarza** - odpowiednie do części konkursu w ramach której składana jest oferta (**dyplom, prawo wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacji, stopnie i tytuły naukowe, potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji, potwierdzenie ukończenia kursów, ochrona radiologiczna pacjenta, itd.**);
- 2) kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje lekarza systemu zgodnie z art. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym - w przypadku pełnienia dyżurów konsultacyjnych.
- 2) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez pełnomocnika upoważnionego do występowania w imieniu Oferenta;
- 3) inne, dodatkowo składane przez oferenta:

** **nie dotyczy** jeżeli Udzielającemu Zamówienia dostarczono wymagane dokumenty z racji realizacji wcześniej zawartych umów z Oferentem

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)