

**OFERTA - DANE OFERENTA**

Imię i nazwisko Oferenta .....

Pełna nazwa i adres Oferenta ( zgodnie z właściwym rejestrem ) : .....  
.....  
.....

Numer wpisu do właściwego rejestru ( właściwej Izby Lekarskiej, Pielęgniarskiej lub innego organu rejestrowego ) .....

Regon: .....

NIP: .....

PESEL .....

Bank : .....

Nr rachunku : .....

Telefon : .....

Fax / e-mail .....

Numer prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania :

.....

Kwalifikacje zawodowe ( posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji, kursy , szkolenia , wydane certyfikaty )

.....  
.....  
.....  
.....

Pieczęć firmowa oferenta

.....

( data i podpis Oferenta )

**OFERTA  
NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

W związku ogłoszeniem Konkursu Ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie :

.....  
.....

proszę wpisać w jakim zakresie będą świadczenia zdrowotne

w SP ZZOZ Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie , 81-756 Sopot , ul. Bolesława Chrobrego 10

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym szczegółowymi warunkami-regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert.

Za realizację zamówienia:

**a ) jako lekarz podstawowej opieki zdrowotnej- Poradnia lekarza POZ - NS ,**

*proszę wpisać zawód i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych i miejsce udzielania świadczeń*

oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

- dyżur zwykły 14 godz. ( poniedziałek - piątek w godz. 18.00 - 08,00 ) ,

proponowana stawka : ..... zł , ( słownie: ..... ) ,

- dyżur w dni wolne 12 –godz. i 24 godz. ( sobota , niedziela w godz. 8 -20 i 20-8 i 8-8 dnia następnego )

proponowana stawka : ..... zł . ( słownie : ..... ) .

2. Stawka wynagrodzenia za jedna godzinę dyżuru w okresach świątecznych zostanie zwiększona, zgodnie z obowiązującym zarządzeniem Dyrektora MSPR.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji Udzielającego Zamówienia.
4. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres

od dnia ..... do dnia .....

5. Oświadczam, że zapoznałem się przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej w w/w zakresie, w związku z art. 146 ust. 1, 147-150, 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

6. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwiec 2017 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ,

7. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami - regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
8. Oświadczam, że projekt umowy, stanowiący załącznik Nr 2 do szczegółowych warunków-regulaminu przeprowadzenia konkursu ofert akceptuję.
9. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych w nim warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
10. Oświadczam, że czuję się związany niniejszą ofertą przez czas wskazany w regulaminie konkursu ofert tj. przez okres 30 dni, licząc od upływu terminu składania ofert.
11. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w MSPR Sopot w wymiarze czasu godzin:

**miesięcznie ( proponowana ilość godzin) .....**

**- jako .....**

*Proszę wpisać zawód i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych i miejsce udzielania świadczeń*

w systemie ( *odpowiednie zakreślić znakiem x* );

- 24 godzinnym ,  
 12 godzinnym,  
 14 godzinnym,

W terminach określonych harmonogramem uzgodnionym co miesiąc w ramach dwustronnych ustaleń z Udzielającym zamówienia zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w MSPR Sopot także w dni wolne, niedziele i święta:

1. Święta Bożego Narodzenia - minimum 1 dyżur
  2. Sylwester i Nowy Rok - minimum 1 dyżur
  3. Święta Wielkiej Nocy - minimum 1 dyżur
- wg harmonogramu ustalonego przez Udzielającego zamówienia

12. Wyrażam zgodę na termin płatności wynagrodzenia do 21 dnia każdego miesiąca, jeżeli do 3 dnia następnego miesiąca u Udzielającego zamówienie zostanie złożona prawidłowo wypełniona faktura wraz z wypełnioną kartą zarobkową za dyżury za dany okres rozliczeniowy.

13. Osoba upoważniona do podpisywania umowy (*imię, nazwisko oraz stanowisko*)

.....

14. Oświadczam, że w razie wybrania mojej oferty w terminie 7 dni od daty podpisania umowy z Udzielającym zamówienia , zawrę umowę ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej OC za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem lub zaniechaniem udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem jak również od ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych w tym wirusa HIV, minimalna kwota ubezpieczenia w okresie trwania umowy wynosi równowartość 50.000,00 euro.

15. Zobowiązuję się do zabezpieczenia ciągłości świadczeń z zakresu przedmiotu zamówienia

.....  
( data i podpis Oferenta

**W załączeniu przedkładam****Załączniki – (uwierzytelnione kserokopie): LEKARZ NOCH**

Lp.	Rodzaj dokumentu	Tak	Nie
1.	Przebieg pracy zawodowej ( CV) oraz <b>oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych</b> przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejska Stację Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie		
2.	Dyplom lekarza Nr .....		
3.	Prawo wykonywania zawodu lekarza na obszarze RP Nr ... ..		
4.	Zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich OIL w ..... pod Nr....		
5.	wpis do ewidencji działalności gospodarczej CEIDG		
6.	Polisa ubezpieczeniowa okres ubezpieczenia od.....do .....		
7.	decyzję dotyczącą wystawiania zaświadczeń lekarskich ZUS ZLA nr.....		
8.	zaświadczenie o aktualnych badaniach lekarskich potwierdzających brak p/wskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku wystawione przez lekarza profilaktyka		
9.	Zaświadczenie aktualnego orzeczenia lekarskiego z badania przeprowadzonego przez lekarza profilaktyka do celów sanitarno-epidemiologicznych,		
10.	zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie BHP i P/poż		
11.	Inne posiadane dokumenty dotyczące specjalizacji, ukończonych kursów, szkoleń itp.		

.....  
( data i podpis Oferenta )

## LEK POZ NS

Załącznik nr 2 do szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze **lekarza POZ NS**

### Załącznik do oferty

Sopot, dnia .....

.....  
Nazwisko, imię oferenta

.....  
Adres zamieszkania

.....  
NIP

### Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem /am/ się i przyjmuję do wiadomości treść ogłoszenia oraz szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze lekarza w zakresie nocnej opieki chorych na terenie działania Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie ( załącznik do zarządzenia nr 2 z dnia 21-01-2020r.).

.....  
pieczętka i podpis oferenta