



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie
81-756 Sopot ul. Bolesława Chrobrego 10
TEL. (58) 555-81-03 lub 555-81-06 / FAX. (58) 555-81-00
REGON 191287660 NIP 585-13-44-104



Załącznik nr 1 do szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze lekarza POZ NS

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)



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie
81-756 Sopot ul. Bolesława Chrobrego 10
TEL. (58) 555-81-03 lub 555-81-06 / FAX. (58) 555-81-00
REGON 191287660 NIP 585-13-44-104



Załącznik nr 1 do szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze **lekarza POZ NS**

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 Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie, 81-756 Sopot, ul. Bolesława Chrobrego 10:

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

Za realizację zamówienia:

a) jako lekarz Nocnej Opieki Chorych

oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

- a) **Lekarz ze specjalizacją medycyny rodzinnej lub internista – wynosi brutto zł. za godzinę**
 - b) **Lekarz bez specjalizacji – wynosi brutto – zł. za godzinę**
1. Stawka wynagrodzenia za jedna godzinę dyżuru w okresach świątecznych zostanie zwiększona, zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Dyrektora SP ZZOZ MSPR z Przychodnią w Sopocie.
 2. Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji Udzielającego Zamówienia.
 3. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres **od dnia 01.08.2021 r. do dnia 31.12.2023 r.**
 4. 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, Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwiec 2017 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ,
 5. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych w nim warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie
81-756 Sopot ul. Bolesława Chrobrego 10
TEL. (58) 555-81-03 lub 555-81-06 / FAX. (58) 555-81-00
REGON 191287660 NIP 585-13-44-104



Załącznik nr 1 do szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze **lekarza POZ NS**

6. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZZOZ MSPR z Przychodnią w Sopocie 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 SP ZZOZ MSPR z Przychodnią w Sopocie 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

7. 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.
8. Osoba upoważniona do podpisywania umowy (*imię, nazwisko oraz stanowisko*)
.....
9. 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.
10. Zobowiązuję się do zabezpieczenia ciągłości świadczeń z zakresu przedmiotu zamówienia

.....
(data i podpis Oferenta)



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie
81-756 Sopot ul. Bolesława Chrobrego 10
TEL. (58) 555-81-03 lub 555-81-06 / FAX. (58) 555-81-00
REGON 191287660 NIP 585-13-44-104



Załącznik nr 1 do szczegółowych warunków konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w charakterze lekarza POZ NS

W załączeniu przedkładam

Załączniki – (uwierzytelnione kserokopie): LEKARZ POZ-NS

Lp.	Rodzaj dokumentu	Tak	Nie
1.	Przebieg pracy zawodowej (CV) oraz oświadczenie do celów rekrutacji zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych 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.		
12.	Oświadczenie o niekaralności		
13.	Oświadczenie posiadania na koszt własny OC		

.....
(data i podpis Oferenta)



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie
81-756 Sopot ul. Bolesława Chrobrego 10
TEL. (58) 555-81-03 lub 555-81-06 / FAX. (58) 555-81-00
REGON 191287660 NIP 585-13-44-104



Załącznik nr 1 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.

.....
(data i podpis Oferenta)