

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
w rodzaju Ratownictwo Medyczne
przez **lekarzy systemu**
w Zespołach Ratownictwa Medycznego „S”

Dane Oferenta:

1. Pełna nazwa Oferenta (*imię i nazwisko i nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru*)

.....

2. Adres Oferenta

ul. nr.

kod pocztowy miejscowość

tel. fax.

NIP REGON.....

Nazwa banku i nr rachunku

.....

Niniejszym zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert ogłoszonym przez SPZOZ – Sądeckie Pogotowie Ratunkowe w Nowym Sączu na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Ratownictwo Medyczne przez lekarza systemu w Zespołach Ratownictwa Medycznego typu „S”

i oferuję:

Lp.	Rodzaj świadczeń	Deklarowana ilość godzin do przepracowania w miesiącu	Proponowana stawka godzinowa
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ZRM typu „S” przez lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarza po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne.		
2.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ZRM typu „S” przez lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii.		
3.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ZRM typu „S” przez lekarza, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty.		
4.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ZRM typu „S” przez lekarza który posiada 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala oraz rozpoczął szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej.		

- Oferuję świadczenie usług w okresie.....
- Wysokość stawki godzinowej nie może przekraczać możliwości finansowych SPZOZ SPR.
- Zapewniam niezmiennosc ceny za w/w świadczenia przez okres trwania umowy.
- Termin płatności będzie wynosił do 30 dni od dnia otrzymania faktury przez Udzielającego zamówienia.

Załączam następujące dokumenty:

- zaświadczenie z CEIDG;
- kopia dyplomu uczelni ;
- kopia prawa wykonywania zawodu lekarza z posiadanymi specjalizacjami;

4. kopia dyplomu posiadanej specjalizacji;
5. zaświadczenie Izby Lekarskiej, o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych praktyk lekarskich, wraz z numerem właściwego rejestru, lub zaświadczenie o wpisie do rejestrów podmiotów wykonujących działalność leczniczą, oświadczenie że wpis zostanie dostarczony w ciągu miesiąca od daty zawarcia umowy;
6. kopia karty szkolenia specjalizacyjnego, zawierająca wpisaną przez kierownika specjalizacji datę rozpoczęcia specjalizacji;
7. aktualne zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń objętych umową na świadczenie zdrowotne.
8.
9.

Data:

.....
(podpis oferenta)

Pieczętka firmowa z pełną nazwą oferenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
2. Przyjmuję warunki umowy według projektu stanowiącego załącznik Nr 3 do SWKOiMI.
3. Oświadczam, iż zobowiązuję się - w przypadku wyboru mojej oferty - do zawarcia umowy w terminie 7 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu, na okres 01.06.2019 r. lub 01.07.2019 r. – 31.12.2020 r.
4. Zapoznałam(em) się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych oraz miejscem ich realizacji.
5. Posiadam wiedzę i umiejętności do realizacji zamówienia.
6. Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
7. Znane mi są aktualne przepisy dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej oraz „Regulaminu organizacyjnego SPZOZ – Sądeckiego Pogotowia Ratunkowego w Nowym Sączu”.
8. Udzielam świadczeń medycznych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
9. Spełniam wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach.
10. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w procesie ofertowania (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, t.j. Dz.U.2016.922 z późn.zm.)
11. Czuję się związany niniejszą ofertą na okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
12. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
13. Wyrażam wolę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (tekst jednolity Dz. U. z 2018 roku poz. 2190 z późn.zm.) i Regulaminem postępowań konkursowych o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne SPZOZ SPR.
14. Przyjmuję obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 roku nr 293 poz. 1729) oraz dostarczenia jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy oraz terminowego udokumentowania, wobec Udzielającego Zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku.
15. Oświadczam, że nie ciąży na mnie wyroki sądów powszechnych, ani zawodowych sądów, które uniemożliwiłyby mi wykonywanie niniejszej umowy, a w chwili zawierania umowy nie jest mi wiadomym, aby toczyło się przeciwko mnie jakiegokolwiek postępowanie, którego wynik mógłby uniemożliwić mi wykonywanie niniejszej umowy w przyszłości.
16. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w procesie ofertowania (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Ur.z UE L119 z 4 maja 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U z 2018 r. poz.1000 znpóźn.zm.).

..... dnia

.....

Podpis oferenta