

**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
	udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Ratownictwo Medyczne przez <b>lekarza systemu</b> w Zespołach Ratownictwa Medycznego „S”		

- 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;
- kopia dyplomu posiadanej specjalizacji;
- 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;
- kopia karty szkolenia specjalizacyjnego, zawierająca wpisaną przez kierownika specjalizacji datę rozpoczęcia specjalizacji;
- aktualne zaświadczenie wydane przez lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń objętych umową na świadczenie zdrowotne.
- .....
- .....

Data: .....

.....  
(podpis oferenta)

Pieczętka firmowa z pełną nazwą oferenta

## O Ś W I A D C Z E N I E

### 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. Zobowiązuję się - w przypadku wyboru mojej oferty - do zawarcia umowy w terminie 21 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu, na okres 01.02.2019 r. – 30.06.2019 r.
4. Zapoznałam(em) się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych oraz miejscem ich realizacji.
5. Znane mi są aktualne przepisy dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej oraz „Regulaminu organizacyjnego SPZOZ – Sądeckiego Pogotowia Ratunkowego w Nowym Sączu”.
6. 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.
7. Spełniam wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach.
8. 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.)
9. Posiadam wiedzę i umiejętności do realizacji zamówienia oraz o udzielaniu świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zasadami etyki zawodowej, w sposób rzetelny oraz z należytą starannością.
10. Spełniam wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach.
11. Posiadam aktualną książeczkę lub zaświadczenia dla celów sanitarno- epidemiologicznych.
12. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
13. Czuję się związany niniejszą ofertą na okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
14. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
15. 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 ze zmianami) i Regulaminem postępowań konkursowych o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne SPZOZ SPR.
16. 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.
17. 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.

..... dnia .....

.....

Podpis oferenta