

**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, który posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej		
2.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ZRM typu „S” przez lekarza, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej lub posiada specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, 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 ukończył co najmniej drugi roku specjalizacji w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii		

- Oferuję świadczenie usług w okresie.....
- Wysokość stawki godzinowej nie może przekraczać możliwości finansowych SPZOZ SPR.
- Zapewniam niezmienną cenę 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;

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 21 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu, na okres 01.07.2018 r. – 30.06.2019 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 należyłą 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 Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych)
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 2015 roku poz. 618 ze zmianami) 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.

..... dnia .....

.....

Podpis oferenta