

O F E R T A
DOTYCZĄCA KONKURSU OFERT DLA:

- lekarzy systemu w Zespole Ratownictwa Medycznego

1.	Imię i nazwisko	
2.	PESEL	
3.	Adres zamieszkania	
4.	Adres do korespondencji	
5.	Telefon	
6.	Adres e-mail	
7.	NIP	
8.	REGON	
9.	Przedmiot oferty udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie	
10.	Miejsce wykonywania świadczeń Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gliwicach - miejsce stacjonowania Pyskowice	
11.	Rodzaj zespołu: S	
12.	Numer prawa wykonywania zawodu lekarza	
13.	Nr księgi rejestrowej	
14.	Nazwa praktyki lekarskiej	
15.	Adres praktyki lekarskiej	

Dostępność (Dyspozycyjność) dotyczy: Zespołów Ratownictwa Medycznego

1.	dni i godziny udzielania świadczeń wskazane przez Przyjmującego Zamówienie (poniedziałek-piątek 7.00 - 15.00)	
2.	dni i godziny udzielania świadczeń wskazane przez Przyjmującego Zamówienie (poniedziałek – piątek 15.00 – 7.00 oraz soboty, niedziele i święta)	

- Inne informacje, które mogą mieć wpływ na wybór oferenta (referencje, kursy, itp):

.....

.....

1. OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespołach wyjazdowych, w ambulatoriach.

2. Zapoznałam(em) się ze Specyfikacją warunków opracowania oferty oraz Regulaminem postępowań konkursowych o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach.
3. Zapoznałem się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych.
4. Przyjmuję warunki umowy według projektu stanowiącego załącznik nr 2 do Specyfikacji.
5. Posiadam wiedzę, umiejętności i uprawnienia do realizacji zamówienia oraz udzielam świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zasadami etyki zawodowej, w sposób rzetelny oraz z należytą starannością.
6. Spełniam wymagania zdrowotne określone w obowiązujących przepisach.
7. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
8. 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 r. (Dz. U. 2018 r., poz. 160) i Regulaminem postępowania konkursowego o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach.
9. Przyjmuję obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r. nr 293 poz. 1729) oraz dostarczenia jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy oraz terminowego dokumentowania, wobec Udzielającego Zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku.
10. Pełnię * Nie pełnię * (*niepotrzebne skreślić*) funkcji kierowniczych lub organizacyjnych u przedsiębiorcy prowadzącego konkurencyjną względem Udzielającego Zamówienia działalność gospodarczą polegającą na organizowaniu lub świadczeniu usług zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodujących zagrożenie życia, organizowaniu lub wykonywaniu usług transportu sanitarnego, a także organizowaniu lub świadczeniu innych usług dotyczących ochrony zdrowia, wykonywanych przez Udzielającego Zamówienia.
11. Złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.
Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji złożonych oświadczeń poprzez żądanie przedstawienia dokumentów źródłowych.
12. Świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście.
13. Posiadam uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty.

.....
(data, podpis oferenta, pieczęć)

2. CENA udzielania świadczeń zdrowotnych:

Oferowana cena:

- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach „S”, przez lekarzy systemu w godzinach 15.00 – 7.00 w dni powszednie oraz soboty –
stawka zł,
- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach „S”, przez lekarzy systemu w niedziele i święta, oraz w godzinach 7.00 – 15.00 w dni powszednie -
stawka zł.

3. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne:
od dnia do dnia

16. UWAGI:

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

Załącznikami do oferty są:

1. kserokopia orzeczenia lekarskiego potwierdzająca zdolność do wykonywania przedmiotu umowy,
2. deklaracja OC * jeśli dotyczy
3. deklaracja o okresie specjalizacji * jeśli dotyczy
4. kserokopia zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza,
5. kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (dyplom, specjalizacja, stopnie, karta szkolenia specjalizacyjnego),
6. kserokopia z wpisu do rejestru indywidualnych (specjalistycznych) praktyk lekarskich lub zobowiązanie oferenta do przedłożenia stosownych dokumentów przed rozpoczęciem udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego Zamówienie w przypadku wybrania oferty,
7. kserokopia polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej zawartej na warunkach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność (Dz. U. z 2011 r. nr 293, poz.1729),* lub oświadczenie, że do dnia podpisania umowy wymagana polisa zostanie wykupiona i dostarczona do Udzielającego Zamówienie, oraz że oferent będzie posiadał przedmiotowe ubezpieczenie przez okres obowiązywania umowy,
8. dokument potwierdzający wpis w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

.....dnia
(miejscowość) (data)

.....
(podpis, pieczęć)

Załącznik nr 1 do Oferty

Katowice, dnia

Sekcja BHP i Ochrony Przeciwpożarowej
Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach
40-024 Katowice, ul. Powstańców 52
tel. 032 609-31-61

Zaświadczenie

W dniu Pan/Pani
pozyskał/a informację o szkodliwościach, uciążliwościach i zagrożeniach przy udzielaniu
świadczeń opieki zdrowotnej.

.....

podpis Kierownika
Sekcji BHP i Ochrony Przeciwpożarowej

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

DEKLARACJA

Niniejszym zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia OC lekarza wykonującego działalność jako indywidualna praktyka lekarska lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu na okres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym w Katowicach na sumy gwarancyjne w wysokości określonej przepisami prawa (Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2011 r. Nr 293, poz. 1729), która zostanie dostarczona najpóźniej w dniu podpisania umowy.

.....

Załącznik nr 3 do Oferty

.....dnia
(miejscowość)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

OŚWIADCZENIE

Niżej podpisany/(a)legitymujący/(a) się dowodem
osobistym.....oświadczam, że:
odbywam specjalizację w dziedzinie
jestem naroku.

.....