

OFERTA
DOTYCZĄCA KONKURSU OFERT DLA:

lekarzy systemu pełniących funkcję starszego lekarza dyżuru

1.	Imię i nazwisko*	
4.	Adres do korespondencji	
5.	Telefon	
6.	Adres e-mail	
7.	NIP	
8.	REGON	
9.	Numer prawa wykonywania zawodu lekarza*	
10.	Nr księgi i rejestrowej	
11.	Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą	
12.	Adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą	

*Dane lekarza wskazanego do udzielania świadczeń przez podmiot leczniczy składający ofertę.

Dostępność (Dyspozycyjność) – dni i godziny udzielania świadczeń wskazane przez Przyjmującego Zamówienie:

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 Szczegółowymi Warunkami Konkursu 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/wskazany przeze mnie personel posiada (niepotrzebne skreślić) 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/wskazany przeze mnie personel spełnia (niepotrzebne skreślić) 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. 2190) 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/udzielał będzie wskazany przeze mnie personel (niepotrzebne skreślić)
13. Posiadam/wskazany przeze mnie personel posiada (niepotrzebne skreślić) 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 gotowości zarówno w dni robocze, niedziele, święta, inne dni wolne od pracy i w porze nocnej – stawka zł,
- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zarówno w dni robocze, niedziele, święta, inne dni wolne od pracy i w porze nocnej – stawka zł;

Termin świadczenia usług:

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

3. UWAGI:

Załącznikami do oferty są:

1. deklaracja OC * jeśli dotyczy
2. deklaracja o okresie specjalizacji * jeśli dotyczy
3. kserokopia zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza,
4. kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (dyplom, specjalizacja, stopnie, karta szkolenia specjalizacyjnego),
5. kserokopia/wydruk wpisu do rejestru indywidualnych (specjalistycznych) praktyk lekarskich/rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
6. 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,
7. dokument potwierdzający wpis w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

(miejscowość)

(data)

(podpis, pieczęć)

Katowice, dnia.....

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.

.....

(Imię, nazwisko, adres)

....., dnia.....

OŚWIADCZENIE

Niżej podpisany/(a)legitymujący/(a) się dowodem
osobistymoświadczam, że odbywam specjalizację w dziedzinie
.....jestem na roku.

.....