

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę medycyny ratunkowej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz w Zespołach Wyjazdowych Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach, w ramach kierowania komórkami i dyżuru lekarskiego na rzecz pacjentów Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach

I. DANE OFERENTA:

Pełna nazwa i adres Oferenta:

.....  
.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem Oferenta)

.....

Adres e mail : .....

Telefon do kontaktu .....

**należy podać obowiązkowo:**

Nazwa i numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

.....

Nr wpisu do rejestru przedsiębiorców (KRS) albo Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (nr NIP):

.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji).....

Numer dokumentu specjalizacji .....

Dodatkowe kwalifikacje ( kursy, uprawnienia)

.....

Doświadczenie zawodowe w pracy - należy podać wartość w pełnych latach kalendarzowych

.....

.....

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)*

## II. OFERTA CENOWA

L.p.	Zakres świadczeń zdrowotnych	Proponowane wynagrodzenie	Minimalna liczba godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na wykonywanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego za wyjątkiem wiersza 3	Wartość oferowanych usług (kol. 3 x kol.4)
1.	Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym	Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług medycznych _____	..... godz. miesięcznie	
2.	Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w Zespołach Wyjazdowych, w tym w Wyjazdowych Specjalistycznych Zespołach Ratownictwa Medycznego „S”	Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług medycznych _____	..... godz. miesięcznie	
3.	Świadczenie usług medycznych w ramach kierowania Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym i Zespołami Wyjazdowymi	Proponowane wynagrodzenie ryczałtowe za 1 miesiąc kalendarzowy _____	60 m-cy	

### Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli (za jedną godzinę świadczenia usługi),
2. \* W wierszu „L.p. 3” należy podać stawkę brutto za 1 miesiąc wynagrodzenia ryczałtowego w ramach kierowania SOR i WZ.
3. Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo.
4. Podane wynagrodzenie – stawka za godzinę jest niezależna od godziny i dni udzielania świadczeń, we wszystkie dni tygodnia.

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

## III. OŚWIADCZENIE OFERENTA \*

Oświadczam, że :

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń dotyczących ww. dokumentów;
2. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia;
3. zapoznałem się z projektem umowy i akceptuję warunki w niej zawarte;
4. wykonam świadczenia wymienione w ofercie zgodnie z przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i treścią umowy zawartej z udzielającym zamówienia;
5. **dotychczas wykonywałam/em, nie wykonywałam/am\*** na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w cz. IV Formularza Ofertowego znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia i są aktualne,
6. posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej / zawarę umowę o odpowiedzialności cywilnej na warunkach wskazanych w projekcie umowy;

7. **nie jestem zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawdzie lekarza lub lekarza dentysty;**
8. jestem lekarzem posiadającym prawo do wykonywania zawodu lekarza oraz tytuł specjalisty w zakresie medycyny ratunkowej i posiadam minimum 5 letnie doświadczenie w pracy w charakterze lekarza w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym;
9. nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym,
10. nie mam przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis,
11. samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
12. zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii następujących dokumentów:
  - potwierdzających ukończenie kursu BHP,
  - stosownych zaświadczeń lekarskich,
  - dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej wraz z dowodem zapłaty,
  - **świadczę pracę / nie świadczę pracy** \*) w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. Oświadczam, że posiadam wiedzę, że nie można świadczyć usług w zakresie pielęgniarstwa jednocześnie na podstawie umowy o pracę i umowy cywilnoprawnej zawartej w wyniku konkursu.

.....  
*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)*

\* niepotrzebne skreślić

#### **IV. W CELU UZNANIA, ŻE OFERTA SPEŁNIA WYMAGANE WARUNKI, OFERENT DOŁĄCZA DO OFERTY NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY** \*\*

(na podstawie części V SWKO):

- 1) aktualny dokument potwierdzający wpis Oferenta do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- 2) aktualny dokument potwierdzających wpis Oferenta do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do tej ewidencji;
- 3) poświadczony za zgodność z oryginałem przez Oferenta odpis aktualny z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do tego rejestru;
- 4) kserokopie (na żądanie udzielającego zamówienia oryginały) dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu **lekarza (dyplom, prawo wykonywania zawodu, stopnie i tytuły naukowe, potwierdzenie ukończenia kursów, dyplomy specjalizacji, potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji itd.);**
- 5) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez pełnomocnika upoważnionego do występowania w imieniu Oferenta;
- 6) inne, dodatkowo składane przez oferenta:

.....  
 .....

\*\* należy skreślić pozycje dokumentów, których oferent nie składa

.....  
*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)*