Załącznik nr 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu
SPZZOZ Szpital w Iłży

.....
(miejscowość, data)

OFERTA

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE LEKARZA W ZESPOLE WYJAZDOWYM W ZOZ – POGOTOWIE RATUNKOWE W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZESPOLE ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ– SZPITAL W IŁŻY

w siedzibie Udzielającego Zamówienia

I. DANE OFERENTA

IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA OFERENTA .....

Adres do korespondencji zgodny z CEIDG .....

PESEL .....Nr Regon .....

Nr NIP ..... Wpis do CEIDG .....

.....

Wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą prowadzonego przez .....

.....pod numerem .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Specjalizacja, stopień specjalizacji .....

Tel. kontaktowy ..... e-mail .....

II. PRZEDMIOT OFERTY

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza w zespole wyjazdowym w ZOZ – Pogotowie Ratunkowe w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej – Szpital w Iłży w siedzibie Udzielającego zamówienia zgodnie projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem w wariantach:

- umowy kontraktowej na udzielanie świadczeń zdrowotnych, ☐ TAK ☐ NIE
- umowy zlecenia na udzielanie świadczeń zdrowotnych ☐ TAK ☐ NIE

w siedzibie Udzielającego zamówienia zgodnie z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

(odpowiednie zaznaczyć)

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie ratownika medycznego wynosi ..... lat

2. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursów ofert oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
3. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę w Iłży w miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Zamawiającego.
4. Prowadzę działalność w dziedzinie ....., zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
5. Świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście.
6. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) lub zobowiązuje się do przedłużenia polisy OC na okres obowiązywania umowy.
7. Posiadam uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty.
8. Deklaracja ofertowa w zakresie w zakresie ..... w .....

proponuję następujące stawki należności za udzielane świadczenia:

- **cena jednostkowa (brutto) za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych**

.....

9. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
10. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen.
11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
12. Zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne, zgodne z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Kopie dokumentów (dyplom, prawo wykonywania zawodu, posiadana specjalizacja).
2. Kserokopie polisy OC lub pisemne zobowiązania do przedłożenia w chwili podpisywania umowy.
3. Oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy.
4. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
5. Wydruk elektroniczny z CEIDG.
6. Orzeczenie lekarskie lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych lub pisemne zobowiązania do przedłożenia w chwili podpisywania umowy.
7. Zaświadczenie o szkoleniu BHP lub pisemne zobowiązania do przedłożenia w chwili podpisywania umowy.

....

data *podpis oferenta*

Działalność lecznicza na rzecz SP ZZOZ – Szpital w Iłży jest działalnością podstawową/dodatkową* (zaznaczyć właściwe).

Materiały informacyjne i Szczegółowe Warunków Konkursu:

są dostępne w siedzibie Zamawiającego: Dział Kadr, I piętro, pokój 103, w dniach od poniedziałku do piątku w godz. 7^{25}-15^{00} lub na stronie internetowej Szpitala w Iłży www.szpitalilza.com.pl

dodatkowych informacji o warunkach konkursu udziela ***Małgorzata Kozieł*** *– inspektor ds. kadr w Dziale Kadr, I piętro, pokój 103, nr kontaktowy: (48) 368-17-11*