

## Formularz ofertowy 10LM/KO/2024

<b>Konkurs ofert uzupełniający na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza systemu w zespołach wyjazdowych „S” w Stacjach Pogotowia Ratunkowego należących do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Rejonowego Pogotowia Ratunkowego w Sosnowcu z siedzibą w Sosnowcu ul. Kombajnistów 76, 41-200 Sosnowiec</b>	<b>Nr oferty:</b>  Wypełnia Zamawiający
---	---

### 1. Dane oferenta

<b>Nazwa działalności gospodarczej:</b>			
<b>Imię:</b>		<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	<b>NIP:</b>	<b>REGON:</b>	
<b>Adres działalności gospodarczej:</b>			
<b>Adres (do korespondencji) lub jw.:</b>			
<b>E-mail (wymagany):</b>			
<b>Telefon:</b>		<b>Numer prawa wykonywania zawodu:</b>	

### 2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako:

<b>lekarz systemu</b>
<b>zespół wyjazdowy „S”</b>

### 3. Wykształcenie

Lp.	(wybrać jedno z trzech)	PKT	Zaznaczyć właściwe	Dokument potwierdzający (strona oferty)
1.	medycyna ratunkowa	30	<input type="checkbox"/>	
2.	choroby wewnętrzne, anestezjologia i intensywne terapia, chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, ortopedia i traumatologia, pediatria	25	<input type="checkbox"/>	
3.	ukończony drugi rok ww. specjalizacji	20	<input type="checkbox"/>	

#### 4. Kursy

1.	ITLS lub BTLS	5	<input type="checkbox"/>	
2.	ALS lub ACLS	5	<input type="checkbox"/>	
3.	EPLS lub PALS	5	<input type="checkbox"/>	

#### 5. Doświadczenie

1.	praca w zawodzie lekarza	1-10	..... LAT	
2.	praca w zawodzie lekarza w zespołach ratownictwa medycznego lub oddziale ratunkowym	1-10	..... LAT	

#### 6. Ciągłość pracy

1.	nieprzerwana praca do dnia złożenia oferty w zawodzie lekarza zatrudnionego u Zamawiającego	1-10	..... LAT	
----	---	------	-----------	--

#### 7. Dostępność (Dyspozycyjność)

1.	dni i godziny udzielania świadczeń wskazane przez Zamawiającego	10	<input type="checkbox"/>	
2.	dni i godziny udzielania świadczeń uzgodnione z oferentem	5	<input type="checkbox"/>	

#### 8. Miejsce udzielania świadczeń

1.	SPR Sosnowiec	1	<input type="checkbox"/>	
2.	PPR Szczekociny	1	<input type="checkbox"/>	

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

.....  
.....

#### I. OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, że:

1. zapoznałem(a) się z informacją o szczegółowych warunkach pisemnego konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w Stacjach Pogotowia Ratunkowego należących do Zamawiającego.
2. zapoznałem(a) się ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję jej postanowienia oraz zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie do .....
3. świadczeń zdrowotnych udzielać będę w miejscu uzgodnionym z Zamawiającym oraz przy użyciu sprzętu i aparatury medycznej należących do Zamawiającego. Odzież ochronną jestem zobowiązany zapewnić sobie własnym kosztem i staraniem.
4. prowadzę działalność leczniczą w dziedzinie ....., zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w ..... zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
5. świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście.
6. posiadam uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty.

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

## II. Cena udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 1) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach wyjazdowych „S” przez lekarzy systemu w dni powszednie – stawka 100,00 zł,
- 2) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach wyjazdowych „S” przez lekarzy systemu w niedziele i święta - stawka 112,00 zł.

Za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych lekarzowi systemu przysługuje dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 30% stawki godzinowej określonej w pkt 1 lub 2 powyżej.

III. Oferent związany jest ofertą 30 dni od upływu terminu składania ofert

## IV. UWAGI:

.....  
.....

Załącznikami do oferty są:

1. kserokopia zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza,
2. kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (dyplom, specjalizacja, stopnie),
3. kserokopia z wpisu do rejestru indywidualnych (specjalistycznych) praktyk lekarskich,
4. kserokopia polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej zawartej na warunkach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866 ze zm.),\* lub oświadczenie, że do dnia podpisania umowy wymagana polisa zostanie wykupiona i dostarczona do Zamawiającego, oraz że oferent będzie posiadał przedmiotowe ubezpieczenie przez cały okres obowiązywania umowy,
5. Aktualne zaświadczenie lekarskie/ orzeczenie lekarskie potwierdzające zdolność do wykonywania przedmiotu umowy,
6. wydruk z CEIDG,
7. podpisana Klauzula RODO.

.....dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
(podpis, pieczęć)