

## Formularz ofertowy 9LM/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><br><br>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 intensywna 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)m 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)m 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 90,00 zł,
- 2) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach wyjazdowych „S” przez lekarzy systemu w niedziele i święta - stawka 100,00 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)