

pieczęćka Oferenta**OFERTA**

na udzielenie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym w zakresie:

- pełnienia dyżurów w Oddziale Anestezjologii,

zwanymi łącznie w dalszej części „świadczeniami zdrowotnymi”, przez lekarza, posiadającego tytuł specjalisty lub posiadającego specjalizację II lub I stopnia, pod nadzorem specjalisty w zakresie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii.

Znak: KOŚZ/5/2017

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta

.....

2. Adres wraz z kodem pocztowym.....

3. Tel..... fax.....

4. NIP.....REGON.....

5. Numer wpisu do rejestru specjalistycznych indywidualnych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą Okręgową Radę Lekarską

6. Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (niepotrzebne, gdy Oferent przedstawia dokument potwierdzający wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej)

.....

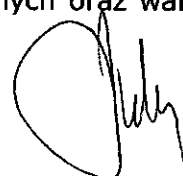
7. Numer prawa wykonywania zawodu

8. Numer dokumentu specjalizacji.....

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Niniejszym oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Dziekanowie Leśnym, w zakresie pełnienia dyżurów w Oddziale Anestezjologii Udzielającego Zamówienie, jak również w innych komórkach organizacyjnych Udzielającego Zamówienie zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO, na zasadach określonych w SWKO oraz ogólnych warunkach umowy, której wzór stanowi załącznik nr 3 do SWKO.

2. W ramach świadczeń zdrowotnych, określonych powyżej, zobowiązuję się udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, a w szczególności: anestezji, intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu, a także sedacji, jak również diagnostyki, leczenia, udzielania porad lekarskich, udzielania konsultacji i pomocy lekarskiej w innych komórkach organizacyjnych Udzielającego Zamówienie, wydawania orzeczeń lekarskich, jak również wykonywania innych czynności wynikających z procedur medycznych oraz warunków współpracy z personelem Udzielającego Zamówienie.

3. Oświadczam, iż posiadam wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu lekarza nie zostało zawieszone oraz w stosunku do mnie nie orzeczono środka karnego w postaci pozbawienia prawa wykonywania zawodu lekarza bądź środka karnego w postaci zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza.
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na poddanie się badaniom lekarskim, niezbędnym do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz na odbycie szkolenia w zakresie BHP.
5. Oświadczam, że oferowane świadczenia będą wykonywane przeze mnie osobiście, na poziomie zgodnym z przyjętymi u Udzielającego Zamówienie standardami oraz z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP.

III. WARTOŚĆ OFERTY

Za realizację przedmiotu zamówienia oferuję niżej wskazane stawki za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego Zamówienie:

- a) zł brutto (słownie: złotych) – za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie, od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
- b) zł brutto (słownie: złotych) – za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i dni w dni ustawowo wolne od pracy od 8⁰⁰ do 8⁰⁰;

IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

1. Oświadczam, że akceptuję i nie zgłaszam zastrzeżeń do postanowień zawartych we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO i zobowiązuję się do zawarcia umowy na wskazanych warunkach i w terminie określonym przez Udzielającego Zamówienie.
2. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem umowy.
3. Zobowiązuję się do udzielenia następujących świadczeń zdrowotnych w niżej wskazanych wymiarach miesięcznych:
 - Pełnienie dyżurów w Oddziale Anestezjologii Udzielającego Zamówienie w wymiarze maksymalnym godzin w każdym miesiącu według harmonogramu ustalonego przez Udzielającego Zamówienie,

V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogólnymi warunkami umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że w okresie ostatnich pięciu lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym konkursie Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym nie rozwiązał ze mną umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Termin ważności niniejszej oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.



ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Kopia wpisu do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich lub oświadczenie o złożeniu wniosku o rejestrację praktyki w ORL,
2. Kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub wpis do CEIDG,
3. Kopia nadania numeru REGON,
4. Kopia nadania numeru NIP,
5. Kopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza,
6. Kopia prawa wykonywania zawodu lekarza,
7. Kopie posiadanych specjalizacji
8. Kopie dyplomów ukończonych kursów
9. Kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu/doniesieniu polisy OC zgodnie z przepisami obowiązującymi.
10. Zaświadczenie tj. dokument potwierdzający aktualne badania lekarskie, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz aktualne szkolenia w zakresie BHP.
11. CV

Oferent / umocowany pełnomocnik Oferenta

