

SPZOZ REJONOWE POGOTOWIE RATUNKOWE
UL. TEATRALNA 9
41-200 SOSNOWIEC**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Imię i nazwisko
2. PESEL:
3. Adres
4. E-mail
5. Telefon
6. NIP
7. REGON
8. Przedmiot oferty udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
9. Rodzaj zespołu: **S**
10. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza
11. Numer zezwolenia na wykonywanie indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej oraz data ważności zezwolenia

(Zamawiający = SPZOZ Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu)

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"/>	

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"/>	

Doświadczenie

1.	praca w charakterze lekarza	1-10 LAT	
2.	praca w charakterze lekarza w pogotowiu ratunkowym lub oddziale ratunkowym	1-10 LAT	

Ciągłość pracy

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

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"/>	

Miejsce udzielania świadczeń

1.	SPR Sosnowiec	1	<input type="checkbox"/>	
2.	SPR Dąbrowa Górnicza	1	<input type="checkbox"/>	
3.	SPR Jaworzno	1	<input type="checkbox"/>	
4.	SPR Zawiercie	1	<input type="checkbox"/>	
5.	PPR Szczekociny	1	<input type="checkbox"/>	

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

.....

.....

12. OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, że:

1/ zapoznałem(a) się z Informacją o szczegółowych warunkach pisemnego konkursu ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w Stacjach SPZOZ Rejonowego Pogotowia Ratunkowego w Sosnowcu.

2/ zapoznałem(a) się z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję jej postanowienia oraz zobowiązuję się do zawarcia umowy 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)

13. Cena udzielania świadczeń zdrowotnych:

- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach „S”, przez lekarzy systemu w dni powszednie – stawka 65 zł,
- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach „S”, przez lekarzy systemu w niedzielę i święta - stawka 75 zł.

15. Oferent związany jest ofertą do 30 dni od daty upływu terminu składania ofert

16. 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 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność (Dz. U. nr 293, poz.1729),* lub oświadczenie, że do dnia podpisania umowy wymagana polisa zostanie wykupiona i dostarczona do Zamawiającego, oraz że oferent będzie posiadał przedmiotowe ubezpieczenie przez okres obowiązywania umowy.
5. wydruk z CEIDG.

.....dnia
(miejscowość) (data)

.....
(podpis, pieczęć)