

Wałbrzych dnia .....

Załącznik nr 3 do Zarządzenia  
Dyrektora Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda  
Sokołowskiego w Wałbrzychu nr 177/2022 z dnia 18.11.2022 r.

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego  
ul. Sokołowskiego 4,  
58-309 Wałbrzych**

**O F E R T A**

**na udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych**

Nawiązując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, polegających na wykonywaniu usług medycznych w zakresie przyjęcia obowiązków na świadczenia zdrowotne w ramach umowy cywilnoprawnej (kontrakt) pacjentom objętym opieką medyczną w oddziałach, pracowniach i poradniach szpitalnych, składam ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Zawód .....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Specjalizacja w zakresie (stopień) .....

Numer dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty .....

Numer wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych.....

NIP ..... REGON .....

Nr telefonu ..... adres e-mail .....

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) .....

.....

Zarejestrowany adres Podmiotu Leczniczego .....

.....

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie .....**

.....

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem będzie udzielać w wymiarze czasowym wskazanym w ofercie.
4. Zamawiającemu będzie przysługiwało prawo zwiększenia ilości godzin świadczenia usług przez Oferenta o maksymalnie 10% liczby godzin wskazanej w ofercie, a Oferent będzie związany decyzją Zamawiającego w tym zakresie.
5. Jeżeli po stronie Zamawiającego zaistnieje konieczność zwiększenia liczby godzin, ponad ilość, o której mowa w pkt 4 powyżej, Zamawiający oraz Oferent dokonają odpowiednich uzgodnień w tym przedmiocie.
6. Prowadzi indywidualną, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarską wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez ORPiP zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
7. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.

8. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ..... (potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia dokumentu stanowi załącznik do oferty).
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami złożonymi wraz z ofertą.
10. Proponuje liczbę godzin świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach:
- 1) od 07.00 do 14.35<sup>1</sup> .....
  - 2) od 07.25 do 15.00<sup>1</sup> .....
  - 3) od 18.00 do 8.00<sup>1</sup> .....
11. Proponuje ilość dyżurów medycznych:
- 1) w dni powszednie do 16 godz. 25 min.<sup>1</sup> .....
  - 2) w soboty, niedziele i święta do 24 godz.<sup>1</sup> .....
12. Proponuje wynagrodzenie za jedną godzinę/ryczałt-miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą ofertą w wysokości<sup>1</sup> ..... złotych brutto,  
(słownie: ..... złotych).

<sup>1</sup> W punktach nieobjętych proponowanymi świadczeniami proszę o wykreślenie w miejscu wykropkowanym.

**Oferent oświadcza także, że:**

- bezwarunkowo akceptuje wzór umowy i w przypadku przyjęcia oferty przez Udzielającego zamówienia, zobowiązuje się do podpisania umowy o treści jak w załączniku do Zarządzenia numer 177/2022 z dnia 18.11.2022 r.,
- prowadzona indywidualna, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska nie jest w stanie upadłości,
- jest/nie jest płatnikiem podatku VAT,
- akceptuje warunki płatności,
- utrzyma cenę ofertową przez okres obowiązywania umowy,
- zapoznał się ze standardami ISO 9001:2015 dotyczącymi przedmiotu konkursu ofert i zobowiązuje się do realizowania umowy z zachowaniem tych standardów;
- utrzyma wysokość ubezpieczenia (polisa OC) przez cały okres trwania umowy.

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Poświadczony **aktualny** wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej CEIDG.
2. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez ORPiP.
3. Potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów dotyczących wykonywania zawodu medycznego tj.:
  - dyplom ukończenia studiów medycznych;
  - prawo wykonywania zawodu (wszystkie zapisane strony);
  - dyplom uzyskania tytułu/tytułów specjalisty;
  - certyfikaty i uprawnienia związane z zakresem świadczeń zdrowotnych;
  - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
5. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy.

.....  
(pieczętka i podpis Oferenta)