

Wałbrzych dnia

Załącznik nr 3 do Zarządzenia
Dyrektora Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda
Sokołowskiego w Wałbrzychu nr 110/2024 z dnia 12.08.2024 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 lekarskich prowadzonego przez Okręgową Radę Lekarską

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 co najmniej 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 praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską jest podmiotem leczniczym*(*niepotrzebne skreślić*) i posiada wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez ORL 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 w miesiącu udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach:

- 1) od 07.00 do 14.35¹
- 2) od 07.25 do 15.00¹
- 3) od 18.00 do 8.00.¹

11. Proponuje ilość dyżurów medycznych w miesiącu:

- 1) w dni powszednie do 16 godz. 25 min.¹
- 2) w soboty, niedziele i święta do 24 godz.¹
- 3) w soboty, niedziele i święta :
- 4) od 8.00 do 20.00.¹
- 5) od 20.00 do 8.00.¹
- 6) od 8.00 do 8.00.¹

12. Proponuje wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej ordynacji w zakresie objętym niniejszą ofertą w wysokości¹ złotych brutto,

(słownie: złotych).

13. Proponuje wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach dyżurów medycznych w zakresie objętym niniejszą ofertą w wysokości¹ złotych brutto,

(słownie: złotych).

14. Inne świadczenia¹

.....

¹ 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 **110/2024 z dnia 12.08.2024 r.**,
- prowadzona indywidualna, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska nie jest w stanie upadłości,
- jest/nie jest płatnikiem podatku VAT *(niepotrzebne skreślić),
- 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 ORL.
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.
6. **Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego, obowiązek wynikający z art. 21 ust. 3**

.....

(pieczętka i podpis Oferenta)