Załącznik nr 1

**O F E R T A**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA SYSTEMU ZRM W ZESPOŁACH SPECJALISTYCZNYCH RATOWNICTWA MEDYCZNEGO „S”**

# **SZPITALA W GRODZISKU WLKP.**

**1.Dane Oferenta**

Imię i nazwisko………………………………………................................telefon........................................

e-mail……………………………………………………………………………………………………………...........................

adres: kod....................................... miejscowość........................................................................

ulica................................................................................... nr .....................................................

PESEL………………………......NIP …………………………………........... REGON………………………………..........

Nr prawa wykonywania zawodu ……………………………………………………………………….......................

Specjalizacja (nazwa i stopień ) …………………………………………………...............................................

Nr wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą.......................................

**2.Zakres świadczeń**

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzasystemu ZRM w zespołach specjalistycznych ratownictwa medycznego „S” Szpitala w Grodzisku Wielkopolskim zgodnie z wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

**3.Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłaszam w tym zakresie zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wlkp. w zespołach specjalistycznych ratownictwa medycznego „S” w okresie od…………………................... do ……………………....... r.
3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki do ich realizacji.
4. Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.
5. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia Konkursu ofert.
7. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości …………………………….……….. (Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość ……………………..………………… na dzień podpisania umowy.)\*
8. Deklarowana minimalna liczba udzielanych świadczeń zdrowotnych przez lekarzasystemu ZRM w zespołach specjalistycznych ratownictwa medycznego „S” szpitala w Grodzisku Wlkp.w podstawowej ordynacji pracy tj. od 700do 1500 w dni powszednie- ………… godzin / miesięcznie
9. Deklarowana minimalna liczba udzielanych świadczeń zdrowotnych przez lekarzasystemu ZRM w zespołach specjalistycznych ratownictwa medycznego „S” szpitala w Grodzisku Wlkp. w dni powszednie od 1500 do 700 oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy od godz. 700 do godz. 700dnia następnego - ………… godzin / miesięcznie

**4.Oferta cenowa**

# 1. Za realizację usługi oczekuję należności w kwocie: …………………zł (brutto) za 1 godzinę

udzielania świadczeń w podstawowej ordynacji pracy tj. od 700do 1500 w dni powszedniew zespołach specjalistycznych ratownictwa medycznego „S” szpitala w Grodzisku Wlkp. zgodnie z ustalonym w danym okresie rozliczeniowym harmonogramem.(Cena podana w ofercie winna obejmować dodatek 30%, przysługującego członkom zespołów ratownictwa medycznego na podstawie art. 99b ustawy z dnia 15 kwietnia 2021 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.)

2. Za realizację usługi oczekuję należności w kwocie: …………………zł (brutto) za 1 godzinę udzielania świadczeń w dni powszednie od 1500 do 700 oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy od godz. 700 do godz. 700dnia następnego w zespołach specjalistycznych ratownictwa medycznego „S” szpitala w Grodzisku Wlkp. zgodnie z ustalonym w danym okresie rozliczeniowym harmonogramem. (Cena podana w ofercie winna obejmować dodatek 30%, przysługującego członkom zespołów ratownictwa medycznego na podstawie art. 99b ustawy z dnia 15 kwietnia 2021 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.)

*Załączniki do oferty:*

1. wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą
2. zaświadczenie z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej
3. dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu
4. polisa OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy
5. zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji przedmiotuumowy
6. zaświadczenie o szkoleniu bhp
7. dyplom
8. dyplom uzyskania specjalizacji lub karta szkolenia specjalizacyjnego

Grodzisk Wlkp., dnia …………………………… …………………………………................ podpis oferent \*niepotrzebne skreślić