# **OFERTA**

**NA ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH PRZEZ LEKARZA SYSTEMU W ZESPOLE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO – dotyczy oferty składanej przez podmiot leczniczy**

Deklarowana liczba godzin w miesiącu dla wszystkich osób zgłoszonych: …………………….

**I. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu leczniczego |  |
| Ulica |  |
| Nr domu/mieszkania |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| PESEL |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

**II. PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE OŚWIADCZA, ŻE:**

* + - 1. Jest wpisany do **Krajowego Rejestru Sądowego.**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, *Regulaminem pełnienia dyżuru przez lekarzy systemu w Zespołach Ratownictwa Medycznego w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy, Procedurą dotyczącą ochrony małoletnich w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy* oraz *Procedurą ds. jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy* i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
2. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

………….. PLN za 1 godzinę świadczeń usług zdrowotnych w dni robocze, soboty, niedziele i święta, po uwzględnieniu tak zwanego dodatku wyjazdowego, o którym mowa w art. 99b ust. 2 ustawy   
o działalności leczniczej.

**III. PERSONEL ZGŁOSZONY DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko**  **oraz nazwisko rodowe** | **PESEL** | **PWZ** | **Specjalizacja** | **Miesięczny czas świadczenia usł.** | **Nr telefonu** | **Adres e-mail** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |  |  |  |

**IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (dotyczy każdej osoby zgłoszonej do udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy):**

1. kserokopia dyplomu ukończenia studiów medycznych,
2. kserokopia prawa wykonywania zawodu,
3. kserokopia dokumentu potwierdzającego specjalizacje lub karty szkolenia specjalizacyjnego,
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk zawodowych lekarzy,
5. dokument poświadczający 3 000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala (jeżeli dotyczy),
6. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej lekarza systemu na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy,
7. orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub kserokopia książeczki do celów sanitarno-epidemiologicznych,
8. kserokopia aktualnego zaświadczenia o szczepieniu przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby lub oznaczenie stężenia przeciwciał anty-HBs,
9. zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług na stanowisku lekarza,
10. informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,
11. oświadczenie o państwie lub państwach zamieszkiwanych w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz jednocześnie informacja z rejestrów karnych tych państw uzyskiwana do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi; oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i musi zawierać klauzulę o treści: „jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”, wzór dokumentu stanowi załącznik nr 6 do SWKO,
12. kserokopie innych dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje (aktualne certyfikaty potwierdzające ukończenie kursów) – jeżeli dotyczy,

**V. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (dotyczy podmiotu leczniczego)**

* + - 1. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy,
      2. oświadczenie o odbyciu szkolenia BHP przez każdego zgłoszonego lekarza systemu.

................................................................

(podpis Przyjmującego zamówienie)