# **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.**

2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz Regulaminem pełnienia dyżuru przez lekarzy systemu w Zespołach Ratownictwa Medycznego w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

3. 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** | **PESEL** | **PWZ** | **Specjalizacja** | **Miesięczny czas pracy** | **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. orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub kserokopia książeczki do celów sanitarno-epidemiologicznych,
7. kserokopia aktualnego zaświadczenia o szczepieniu przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby lub oznaczenie stężenia przeciwciał anty-HBs,
8. zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do świadczenia usług na stanowisku lekarza,
9. kserokopia polisy od odpowiedzialności cywilnej lekarza systemu na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy,
10. 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)