

.....  
(imię i nazwisko oferenta)

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(adres zamieszkania i do korespondencji jeżeli jest inny)

.....  
(adres poczty e-mail)

.....  
(numer telefonu do kontaktu)

.....  
(pieczęćka firmowa prowadzonej działalności)

***Pogotowie Ratunkowe  
ul. Cieplicka 126A  
58-570 Jelenia Góra***

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZEZ  
LEKARZA**

Niniejszym składam ofertę na udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Pogotowiu Ratunkowym w Jeleniej Górze.

1. Propozycja cenowa:

1/ za 1 godz. świadczeń w dni powszednie w godz. od 7:00 do 15:00 wg ryczałtowej stawki godz.  
brutto:

a) Lekarz spełniający warunki lekarza systemu zgodnie z art. 3 pkt 3 oraz art. 57 ust.1 pkt 1  
Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym Dz.U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410 z póź.  
zm., brutto.....zł., słownie .....zł.\*

b) Lekarz spełniający warunki lekarza systemu, zgodnie z art. 57 ust. 1 pkt 2 Ustawy  
o Państwowym Ratownictwie Medycznym Dz.U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410 z póź. zm.,  
brutto.....zł., słownie .....zł.\*

2/ za 1 godzinę świadczeń w dni powszednie w godz.. od 15:00 do 7:00 wg ryczałtowej stawki  
godz. brutto .....zł  
słownie:.....zł

3/ za 1 godzinę świadczeń udzielanych w soboty, niedziele i święta od 7:00 do 7:00 dnia  
następnego wg ryczałtowej stawki godz. brutto .....zł  
słownie:.....zł

4/ za wykonywanie obowiązków konsultanta (dotyczy lekarzy systemu):

a) za cały dyżur w dni powszednie (od poniedziałku do piątku), brutto .....zł  
słownie.....zł,

b) za cały dyżur w soboty, niedziele i święta brutto .....zł  
słownie .....zł

2. Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej

od dnia.....20.... r. do dnia.....20....r.

3. Deklaruję minimalny czas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nie mniejszy niż  
..... godz. w każdym miesiącu.

4. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.

5. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert  
Pogotowia Ratunkowego w Jeleniej Górze.

6. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się ze wzorem umowy i przyjmuję jej zapisy bez  
zastrzeżeń.

7. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

8. Oświadczam, że wykazuję znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania  
tego zawodu.

9. Do oferty załączam następujące dokumenty :

- 1/.....
- 2/.....
- 3/.....
- 4/.....

- 5/ .....
- 6/ .....
- 7/ .....
- 8/ .....
- 9/ .....
- 10/ .....

10. Załączam potwierdzenie, o którym mowa w § 7 ust. 4 Regulaminu .....

11. Inne propozycje oferenta:

.....  
.....

.....  
*podpis oferenta*

**ZAŁĄCZNIKI do oferty (obowiązkowe):**

1. Zaświadczenia o wpisie do właściwego rejestru.
2. Kserokopia numeru REGON,
3. Kserokopia dyplomu.
4. Kserokopia posiadanej specjalizacji w dziedzinie, o której mowa w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym lub potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji (jeżeli Oferent posiada specjalizację).
5. Kserokopia zaświadczenia o rozpoczęciu specjalizacji o której mowa w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym lub potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji (jeżeli Oferent odbywa specjalizację).
6. Kserokopia prawa wykonywania zawodu .
7. Zaświadczenie lub oświadczenie o posiadaniu 3000 godz. w wykonywaniu zawodu w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego, izbie przyjęć szpitala ( dotyczy lekarzy bez specjalizacji lub bez tytułu specjalisty albo który nie ukończył co najmniej drugiego roku specjalizacji w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii.\*\*
8. Kserokopia posiadanych kursów kwalifikacyjnych i szkoleń.

9. Kserokopia dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia o odpowiedzialności cywilnej.
10. Zaświadczenie lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy w zespole wyjazdowym.
11. Zaświadczenie o posiadaniu aktualnego szczepienia WZW typu B.

\*) właściwe wypełnić

\*\*\*) dotyczy lekarzy, o których mowa w pkt 1 ppkt 1 lit b oferty