

.....
(imię i nazwisko oferenta)

.....
(miejscowość i data)

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

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

.....
(numer telefonu do kontaktu)

.....
(pieczęć firmowa prowadzonej działalności)

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

**I. OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZEZ
DYSPOZYTORA MEDYCZNEGO**

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

1. Propozycja cenowa:

za 1 godz. świadczeń we wszystkie dni miesiąca wg ryczałtowej stawki godz. 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 z wzorem umowy i przyjmuje jej zapisy bez zastrzeżeń.
7. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
8. Oświadczam, że wykazuje 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 (jeżeli Oferent posiada specjalizację).
5. Kserokopia zaświadczenie o rozpoczęciu specjalizacji, o której mowa w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym (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 ukończenia kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego (jeżeli Oferent ukończył kurs doskonalący) oraz kserokopie 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.

*) dotyczy lekarzy spełniających 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