

.....
(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***

**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 (t.j. Dz.U. z 2013r., poz. 757 z późn. zm.),
brutto.....zł., słowniezł.*
- b) Lekarz spełniający warunki lekarza systemu, zgodnie z art. 57 ust. 1 pkt 2 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z 2013r., poz. 757 z późn. zm.),
(posiadanie 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala).

brutto.....zł., słowniezł.*

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

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. bruttozł

słownie:.....zł

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

a) za cały dyżur (w godz. od 15:00 do 7:00 rano dnia następnego) w dni powszednie
(od poniedziałku do piątku), bruttozł

słownie.....zł,

b) za cały dyżur (w godz. od 7:00 do 7:00 rano dnia następnego) w soboty, niedziele i święta brutto
.....zł

słowniezł

5/ pełnienie dyżurów pod telefonem :

a) Lekarz spełniający warunki lekarza systemu zgodnie z art. 3 pkt 3 oraz art. 57 ust.1
pkt 1 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z 2013r., poz. 757 z późn.
zm.), za 1 godz. pełnienia dyżuru w dni powszednie od 7 :00 do 15 : 00 (od poniedziałku do
piątku), bruttozł.

słowniezł.

b) Lekarz spełniający warunki lekarza systemu, zgodnie z art. 57 ust. 1 pkt 2
Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z 2013r., poz. 757 z późn. zm.),
za 1 godz. pełnienia dyżuru w dni powszednie od 7 :00 do 15 : 00 (od poniedziałku do piątku),

bruttozł.

słowniezł.

c) za 1 godz. pełnienia dyżuru w dni powszednie od 15 :00 do 7 : 00 (od poniedziałku do piątku),
oraz za pełnienie dyżuru w sobotę, niedzielę i święta

bruttozł.

słowniezł

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. Deklaruję minimalny czas pełnienia dyżurów pod telefonem nie mniejszy niż :

a) godz. w każdym miesiącu w dni powszednie od 7: 00 do 15 : 00
(od poniedziałku do piątku),

b) godz. w każdym miesiącu w dni powszednie od 15: 00 do 7: 00
(od poniedziałku do piątku),

c) godz. w każdym miesiącu w sobotę, niedzielę i święta

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

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

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

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

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

10. Do oferty załączam następujące dokumenty :

1/.....

2/.....

3/.....

4/.....

5/

6/.....

7/.....

8/.....

9/.....

10/.....

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

12. 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. Dokument, z którego będzie wynikać ukończenie co najmniej drugiego roku specjalizacji.
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