

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI
„SZPITAL POWIATOWY” IM. BŁ. MARTY WIECKIEJ
32-700 Bochnia, ul. Krakowska 31

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....

(nazwa i siedziba zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, lub imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

Adres do korespondencji:

.....

.....Tel.

UWAGA:

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
3. Do oferty należy załączyć:
 - kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ KRS, wypis z CEIDG, REGON, NIP
 - kserokopię odpisu z właściwego rejestru,
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie wg wymogów SWKO, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.
5. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej – **dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, spółką jawną lub spółką partnerską jako grupowa praktyka lekarska.**
6. Nie dostarczenie dokumentów poświadczających posiadane kwalifikacje i doświadczenie spowoduje odrzucenie oferty.

2

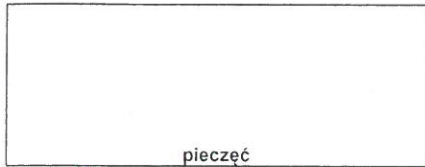


I. WYKONYWANIE DYŻURÓW LEKARSKICH :

☐ Minimalna ilość oferowanych godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w Zespołach Wyjazdowych Ratownictwa Medycznego wynosi godzin miesięcznie

* zaznaczyć właściwe

w SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej



ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA OCZEKUJĘ ZAPŁATY WG NASTĘPUJĄCYCH STAWEK:

**I.
DYŻURY LEKARSKIE W ZESPOŁACH WYJAZDOWYCH RATOWNICTWA
MEDYCZNEGO**

1. za godzinę dyżuru lekarskiego pełnionego w dni powszednie od poniedziałku do piątku (oprócz wymienionych w pkt. 4). w godzinach od 7.00. do 15.00 w zł / h. :
 - a. w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji lub tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej lub w przypadku lekarza pod drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej stawka zł / h
(słownie zł)
 - b. w przypadku lekarza systemu (zgodnie z art. 57 ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 22.10.2010 r. Dz. U. NR 219 poz 1443 stawkazł/h
(słownie zł)
 - c. w przypadku pozostałych lekarzy stawka zł/h .
(słownie zł)
2. za godzinę dyżuru lekarskiego pełnionego w dni powszednie od poniedziałku do piątku (oprócz wymienionych w punkcie 5) w godzinach od 15.00. do 7.00 w zł / h. :
 - a. w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji lub tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej lub w przypadku lekarza pod drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej stawka zł / h
(słownie zł)
 - b. w przypadku lekarza systemu (zgodnie z art. 57 ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 22.10.2010 r. Dz. U. NR 219 poz 1443 stawkazł/h
(słownie zł)
 - c. w przypadku pozostałych lekarzy stawka zł/h .
(słownie zł)

3. za godzinę dyżuru lekarskiego pełnionego w sobotę, niedzielę i święta (oprócz wymienionych w punkcie 6) w godzinach od 7.00. do 7.00 w zł / h. :
- a. w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji lub tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej lub w przypadku lekarza pod drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej stawka zł / h
(słownie zł)
- b. w przypadku lekarza systemu (zgodnie z art. 57 ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 22.10.2010 r. Dz. U. NR 219 poz 1443 stawkazł/h
(słownie zł)
- c. w przypadku pozostałych lekarzy stawka zł/h
(słownie zł)
4. za godzinę dyżuru lekarskiego pełnionego w dniach 24 i 31 grudnia godzinach od 7.00. do 15.00 w zł / h. :
- a. w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji lub tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej lub w przypadku lekarza pod drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej stawka zł / h
(słownie zł)
- b. w przypadku lekarza systemu (zgodnie z art. 57 ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 22.10.2010 r. Dz. U. NR 219 poz 1443 stawkazł/h
(słownie zł)
- c. w przypadku pozostałych lekarzy stawka zł/h
(słownie zł)
5. za godzinę dyżuru lekarskiego pełnionego w dniach 24 i 31 grudnia w godzinach od 15.00 – 7.00:
- a. w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji lub tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej lub w przypadku lekarza pod drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej stawka zł / h
(słownie zł)
- b. w przypadku lekarza systemu (zgodnie z art. 57 ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 22.10.2010 r. Dz. U. NR 219 poz 1443 stawkazł/h
(słownie zł)
- c. w przypadku pozostałych lekarzy stawka zł/h
(słownie zł)

Załącznik nr 1 Formularz ofertowy

6. za godzinę dyżuru lekarskiego pełnionego w dniach 1 stycznia, I i II dzień Świąt Wielkanocnych, I i II dzień Świąt Bożego Narodzenia od 7.00. do 7.00 w zł / h. :
- a. w przypadku lekarza z II stopniem specjalizacji lub tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej lub w przypadku lekarza pod drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej stawka zł / h
(słownie zł)
- b. w przypadku lekarza systemu (zgodnie z art. 57 ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 22.10.2010 r. Dz. U. NR 219 poz 1443 stawkazł/h
(słownie zł)
- c. w przypadku pozostałych lekarzy stawka zł/h .
(słownie zł)

2



UWAGI :

Oświadczam, że :

- 1) świadczenia wykonywane będą w SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,
- 2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia,
- 3) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta

oraz, że zapoznałem się z treścią:

- 1) ogłoszenia,
- 2) przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 3) szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO),
- 4) projektem umowy i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń

UWAGA : W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy na ofercie ciąży obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Załącznikami do niniejszej oferty są :

1.
2.
3.
4.
5.

Data :

Podpis i pieczęć oferenta :