Załącznik nr 1 do SWKO

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NR POSTĘPOWANIA 26/2022

1. Dane oferenta (*wypełnić albo pkt A, albo pkt B*)

A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego.....
.....
Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych..... nr KRS.....
Pełnomocnik ..... kontakt (tel.: .....,
e-mail: .....)
NIP: ..... REGON: .....

B. Oferta indywidualna – w ramach prowadzonej działalności gospodarczej

Imię i nazwisko .....
Imię ojca: ..... imię matki: .....
Nazwa prowadzonej działalności: .....
adres prowadzonej działalności: .....
.....
adres zamieszkania (*wypełnić, jeśli jest inny niż powyżej*):
miejscowość..... kod pocztowy: .....
ulica.....nr.....
e-mail.....telefon do kontaktu.....
PESEL ..... NIP ..... REGON.....
Nr rachunku bankowego: .....
Nr PWZ: .....
Organ rejestrowy (określenie izby lekarskiej): .....
Nr księgi rejestrowej (RPWDL): .....

Posiadane kwalifikacje/ ukończone kursy (należy dołączyć kopie dyplomów, certyfikatów itp. potwierdzone „za zgodność z oryginałem”):

☐ specjalizacja z ..... Stopień specjalizacji .....
☐ ukończony min. II rok specjalizacja z .....
(zaznaczyć i wypełnić jedno z powyższych)

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na stanowisko lekarza w ramach Specjalistycznego Zespołu Ratownictwa Medycznego będącego jednostką organizacyjną Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Malborku – **ZADANIE NR ……*,** na warunkach określonych w SWKO i wzorze umowy do konkursu.

Deklaruję ..... dyżury(ów) miesięcznie.

3. Oferta cenowa (Wypełnić tylko w zakresie wskazanym w pkt. 2)

ZADANIE NR 1:

Za świadczenie usług zdrowotnych w ramach Specjalistycznego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Malborku oczekuję wynagrodzenia w wysokości : .....zł brutto/godz. **

ZADANIE NR 2:
Za świadczenie usług zdrowotnych w ramach Specjalistycznego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Nowym Dworze Gdańskim oczekuję wynagrodzenia w wysokości : .....zł brutto/godz. **

ZADANIE NR 3:
- Za świadczenie usług zdrowotnych w ramach Specjalistycznego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Malborku oczekuję wynagrodzenia w wysokości : .....zł brutto/godz. **
- Za świadczenie usług zdrowotnych w ramach Specjalistycznego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Nowym Dworze Gdańskim oczekuję wynagrodzenia w wysokości : .....zł brutto/godz. **

***** UWAGA! OFERENT W PROPONOWANEJ STAWCE ZA 1 GODZINĘ UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W RAMACH ZRM ZAWIERA TAKŻE WARTOŚĆ 30% DODATKU WYJAZDOWEGO wynikającego z art. 4 Ustawy z dnia 17 listopada 2021r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw - art. 10 (Dz. U. 2021,poz. 2120).***

4. Termin świadczenia usług
Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia **01.04.2022r.** do dnia **31.05.2023r.**

5. Oświadczenie
Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 kk w związku z treścią art. 233 § 6 kk składając ofertę do postępowania konkursowego na świadczenie usług medycznych, niniejszym:
a) Oświadczam, że nie jestem karany za przestępstwa umyślne, zawodowe, skarbowe.
b) Oświadczam, że jestem wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEDIG) i na dzień składania oferty prowadzę zarejestrowaną działalność gospodarczą zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
c) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
d) Oświadczam, ze wobec oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.
e) Wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania jak i wykonanie obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym RODO.
f) Oświadczam, że obecnie pracuję w:
a. .....
na podstawie stosunku pracy*, umowy cywilno-prawnej*

**Niewłaściwe skreślić*

Oświadczam, że wymagane w konkursie dokumenty (ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY) **:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
znajdują się w posiadaniu Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku i na dzień składania niniejszej oferty są aktualne.

***Wypełnić jeśli dotyczy*

Malbork, dnia ....
podpis oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. *Dokumenty kwalifikacyjne (dyplom ukończenia uczelni medycznej, dyplom specjalizacji lub zaświadczenie o ukończeniu min. II roku specjalizacji, prawo wykonywania zawodu),*
2. *Wpis do CEDiG,*
3. *Polisa ubezpieczeniowa OC od odpowiedzialności cywilnej na jedno i wszystkie zdarzenia lekarza wykonującego zawód na terenie Rzeczypospolitej Polskiej określone ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,*
4. Aktualne zaświadczenie o ukończonym szkoleniu BHP.
5. Aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza,