Załącznik nr 1 do SWKO

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NR POSTĘPOWANIA 5/2023

1. Dane oferenta - 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): .....

Oświadczam ,iż spełniam warunki lekarza systemu tj. jestem lekarzem, który ***(odpowiednie zaznaczyć i uzupełnić)***:

☐ posiada specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii (data uzyskania dyplomu specjalizacji: .....) albo jest po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie i kontynuuje szkolenie specjalizacyjne (data rozpoczęcia specjalizacji: .....),

☐ posiada specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii (data uzyskania dyplomu specjalizacji: .....),

☐ w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty (data uzyskania dyplomu specjalizacji/data rozpoczęcia specjalizacji: .....)

2. Zakres świadczeń
Zgłaszam ofertę na stanowisko lekarza w ramach Specjalistycznego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Nowym Dworze Gdańskim będącego jednostką organizacyjną Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Malborku, na warunkach określonych w SWKO i wzorze umowy do konkursu.

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

3. Oferta cenowa:

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 **01.02.2023r.** do dnia **31.12.2024r.**

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*

<u>Oświadczam, że wymagane w konkursie dokumenty (ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY) **:</u>

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 modułu podstawowego* w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuacji szkolenia specjalizacyjnego*, 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,