

O F E R T A

w konkursie na świadczenie usług zdrowotnych w latach 2023-2024 w SP ZOZ w Sejnach.

I. Dane oferenta:

Imię i nazwisko

adres, kontakt

II. Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach, 16-500 Sejny, ul. Dr Edwarda Rittlera 2.

III. Zgłaszam chęć podjęcia współpracy w ramach umowy cywilnoprawnej, w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sejnach **jako osoba** legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Sejnach.

IV. W oparciu o ogłoszenie Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sejnach, dot. konkursu na świadczenie usług zdrowotnych w SP ZOZ w Sejnach oferuję(my) udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie od **01 lipca 2023r. do 30 września 2024 r.**

V. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert w zakresie:

.....;

VI. Posiadam - letni staż w zawodzie.

VII. Warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności: od SP ZOZ w Sejnach/inne.....*.

VIII. Za udzielanie świadczeń w SP ZOZ w Sejnach proponuję:

1. Za świadczenie **lekarskich usług medycznych w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym** w Sejnach - stawka za jedną godzinę świadczenia usług(zł/godz.);

2. Za świadczenie **lekarskich usług medycznych na oddziałach szpitala** a także wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych SP ZOZ w Sejnach:

Oddział/komórka ¹	Ryczałt za każdy dzień świadczenia usług - w dzień roboczy w godz. 08.00 – 15.35 (zł/dzień)	Ryczałt za jeden miesiąc świadczenia usług w dni robocze od 08.00-15.35 (zł/m-c.)	Stawka za jedną godzinę świadczenia usług w dni robocze w godz. 08.00-15.35 lub 15.35-08.00 (zł/h) i/lub w dni wolne od pracy w godz. 08.00-08.00 (zł/h)	Ryczałt za dyżur medyczny w dni robocze w godz. 08.00-15.35 lub 15.35-08.00 (zł/dyżur) i/lub w dni wolne od pracy w godz. 08.00-08.00 (zł/dyżur)

3. Za świadczenie **lekarskich usług medycznych Izbie przyjęć oraz w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej** (stacjonarnej i wyjazdowej):

Stawka za jedną godzinę świadczenia usług (stacjonarna) w dni robocze w godz. 08.00-15.35 lub 15.35-08.00 (zł/h) i/lub w dni wolne od pracy w godz. 08.00-08.00 (zł/h)	Ryczałt za jeden dzień świadczenia usług (wyjazdowa opieka) w dni powszednie w godz. 18.00 – 08.00 dnia następnego (zł./dzień)	Ryczałt za jeden dzień świadczenia usług (wyjazdowa opieka) w dni wolne od pracy w godz. 08.00 – 08.00 dnia następnego (zł. za 1 dzień)

¹ Wskazać oddział/komórkę

--	--	--

4. Za świadczenie **lekarskich usług medycznych w Poradni lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej POZ:**

Ryczałt za każdy dzień świadczenia usług - w dzień roboczy w godz. 08.00 – 15.35 lub 10.25-18.00 (zł/dzień)	Ryczałt za jeden miesiąc świadczenia usług w dni robocze od 08.00-15.35 lub 10.25-18.00 (zł/m-c.)	Stawka za jedną godzinę świadczenia usług w dni robocze w godz. 08.00-15.35 lub 10.25-18.00 (zł/h)

5. Za świadczenie **lekarskich usług medycznych w Poradniach specjalistycznych** a także wykonywanie konsultacji medycznych w innych komórkach organizacyjnych SP ZOZ w Sejnach:

Nazwa poradni	% wyceny punktu przez NFZ za każdy wykonany punkt	stawka za jedną godzinę świadczenia usług (zł/godz.);	Cena za 1 konsultację
Poradnia kardiologiczna			
Poradnia ortopedyczna			

6. Za udzielania **pielęgniarskich** świadczeń zdrowotnych w ZPO, na oddziałach Szpitala i w jednostkach organizacyjnych SP ZOZ w Sejnach - stawka za jedną godzinę świadczenia usług(zł/godz.);

7. Za udzielania świadczeń zdrowotnych jako **położna** na oddziałach Szpitala i w jednostkach organizacyjnych SP ZOZ w Sejnach - stawka za jedną godzinę świadczenia usług (zł/godz.);

8. Za świadczenie usług jako **ratownik medyczny** w ZPO na oddziałach Szpitala i w jednostkach organizacyjnych SP ZOZ w Sejnach - stawka za jedną godzinę świadczenia usług(zł/godz.);

9. Za świadczeniu usług z zakresu **logopedii** w ZPO (średniotygodniowo 9 godzin) - stawka za jedną godzinę świadczenia usług(zł/godz.).

10. Za świadczeniu usług z zakresu **terapii zajęciowej** w ZPO (średniotygodniowo 19 godzin) - stawka za jedną godzinę świadczenia usług (zł/godz.);

.....
(podpis osoby uprawnionej, data)

OŚWIADCZENIA:

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia na wstępie powołanego, szczegółowymi warunkami przeprowadzania konkursu oraz wzorem umowy obowiązującymi w przedmiotowym postępowaniu i przyjmuję je bez zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.
- Oświadczam, że uważam się związany niniejszą ofertą na czas określony w szczegółowych warunkach przeprowadzania konkursu w przedmiocie, którego moja oferta dotyczy, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- Zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
- Oświadczam, że nie toczą się przeciwko mnie postępowania dyscyplinarne ani karne z tytułu nienależytego wykonywania zawodu technika sterylizacji i nie byłem karany dyscyplinarnie ani karne z tego tytułu.
- Oświadczam, że pozostaję w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia.

6. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na to, aby zaoferowana cena podlegała negocjacom przed zawarciem umowy.
7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy cywilnoprawnej z Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sejnach na świadczenie usług zdrowotnych w SP ZOZ w Sejnach.
8. Oświadczam, że do chwili zawarcia umowy z SP ZOZ w Sejnach zawrę umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami, zapewnię ciągłość polisy w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuję się niezwłocznie dostarczać kopię nowej polisy*.
9. Oświadczam, że do chwili zawarcia umowy z SP ZOZ w Sejnach, zgodnie z obowiązującymi przepisami, dostarczę zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na danym stanowisku w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuję się niezwłocznie dostarczać kopię zaświadczenia potwierdzającą brak ww. przeciwwskazań*.

.....
(podpis osoby uprawnionej, data)

Załączniki:

1. Kopie aktualnych dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia zawodowe osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych w postaci:
 - kserokopia dyplomu uprawniającego do wykonywania zawodu,
 - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadanie specjalizacji,
 - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadanie uprawnienia.
2. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej wymagane zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa lub oświadczenie oferenta, że zostanie ono dostarczone przed podpisaniem umowy,
3. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
4. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

* *jeśli dotyczy*